



SERRE

Lisa

Promotion 2019-2022

Les émotions et l'affect, un enjeu dans le soin

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

Rendu le 23 Mai 2022

Sous la direction de Mr COLLET Bernard

Note aux lecteurs

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

Remerciements

Je tiens à remercier Mr Bernard COLLET, mon directeur de mémoire pour son soutien, son écoute, ses précieux conseils et ses encouragements durant l'élaboration de ce mémoire de fin d'études mais aussi pendant la période de confinement.

Je remercie Mme Emmanuelle MARCHAND, cadre formatrice et ma référente pédagogique pour son accompagnement, son écoute et ses conseils durant ses trois années de formation.

Je remercie mes amis, ma famille et ma belle-famille qui m'ont toujours épaulée, aidée et rassurée.

Je tiens aussi à remercier, Romain, mon futur mari pour son aide et ses encouragements pendant cette formation.

Pour finir, je souhaite que ce mémoire soit dédié à la mémoire de mes deux grands-mères, Juliette et Evodie qui je pense aurait été fières de mon parcours.

SOMMAIRE

1.	Introduction	1
1.1.	Description de la situation de départ	2
1.2.	Questionnement	6
3.	Cadre de référence	8
3.1.	Le soin	8
3.1.1.	Définition du soin	8
3.1.2.	Approche conceptuelle du soin	9
3.2.	La relation soignant-soigné	39
3.2.1.	Généralités sur la relation soignant-soigné.....	39
3.2.2.	La relation triangulaire	47
3.2.3.	La relation d'aide.....	49
3.2.4.	La relation de soin, une relation d'amitié ?	58
3.3.	Les émotions.....	65
3.3.1.	Généralités sur les émotions	65
3.3.2.	A quoi servent les émotions	68
3.3.3.	Vivre avec ses émotions	72
3.3.4.	Le travail émotionnel des soignants	78
3.4.	Les affects.....	82
3.4.1.	L'affect	82
3.4.2.	De l'émotion à l'affect.....	87
4.	Synthèse cadre de référence	89
5.	Enquête exploratoire.....	89
5.1.	Méthodologie de recherche	89
5.2.	Réalisation de l'enquête.....	91
5.3.	Analyse des entretiens	92
5.4.	Limites et critiques	109
6.	Problématique.....	110
7.	Conclusion.....	113
8.	Bibliographie	114
9.	Sommaire des annexes	119

1. Introduction

Je suis Lisa, étudiante en soins infirmiers 3^{ème} année, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai choisi d'aborder la notion des émotions et des affects car avant de faire ma formation d'infirmière, j'étais aide-soignante en Etablissement pour personne âgées dépendantes et dans les stages que j'ai pu effectuer durant ma formation d'infirmière, les émotions et les affects sont des notions que j'ai souvent rencontrées, même en permanence puisque les émotions et les affects sont présents dans le soin.

J'ai donc choisi ce thème pour mon mémoire de fin d'étude car j'avais besoin et envie de vraiment découvrir et analyser ce que sont réellement les émotions et les affects.

En tant que soignant, nous sommes confrontés à de nombreuses situations qui peuvent engendrer des émotions ou des affects et dans ce travail de fin d'étude, l'intérêt est vraiment de voir si justement les émotions et les affects peuvent impacter le soin, d'où ma question de départ.

Dans ce mémoire de fin d'étude, je vais commencer par exposer ma situation d'appel ainsi que mon questionnement qui m'a aidé à pouvoir dégager une question de départ.

Ensuite, le cadre théorique sera développé avec quatre parties à savoir le soin, la relation soignant-soigné, les émotions et l'affect.

Puis, l'enquête exploratoire sera détaillée avec l'analyse des différents entretiens que j'ai menée auprès des professionnels de santé et l'analyse croisée de ces entretiens avec mon cadre théorique.

Enfin, une fois l'analyse des entretiens faite, je ferai la problématisation, ainsi qu'une conclusion qui viendra clôturer mon mémoire. Bien-sûr, dans ce travail de fin d'étude, il y aura une analyse critique de ce travail afin de pouvoir exposer les difficultés que j'ai rencontrées mais aussi les points positifs.

Pour clôturer cette introduction, je vais terminer par une citation que je trouve originale et qui laisse à réfléchir, de plus celle-ci est totalement dans mon thème des émotions et fait référence à une des questions de mon guide d'entretien qui a été posée lors des entretiens à savoir, «pensez-vous qu'il faut exprimer ses émotions ou bien les taire. ».

Il s'agit d'une citation de Martine Schachtel dans, j'ai voulu être infirmière, 1991 : *« L'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l'angoisse, le dégoût, la pitié. »* [Schachtel,M,1991].

1.1.Description de la situation de départ

La situation que je vais décrire a été vécue lors de mon stage du semestre 3 en service de médecine. Nous sommes le vendredi 4 septembre, ce jour-là je suis en poste de matin et je suis encadrée par l'infirmière Marine.

Il est 12 h , l'heure où nous commençons le tour pour la distribution des médicaments. Nous arrivons à la chambre de Mme X, l'infirmière et moi vérifions la prescription médicale avant de lui administrer ses médicaments. L'infirmière me propose d'aller apporter les traitements de Mme X et de lui mettre ses gouttes oculaires, je me rends donc auprès d'elle, je frappe, je rentre avec le flacon de goutte , Mme X est assise dans son lit, elle vient de finir son repas.

C'est une patiente atteinte d'une sclérose latérale amyotrophique, diagnostiquée il y a 1an et depuis le mois de juillet son état général s'aggrave. Cette pathologie lui a paralysée les cordes vocales, donc elle a du mal à s'exprimer et on a du mal à la comprendre parfois. De ce fait, Mme X utilise un cahier pour communiquer lorsqu'elle n'arrive pas à s'exprimer ou lorsqu'elle voit que l'on ne la comprend pas. Elle a aussi tendance à avoir beaucoup de glaires et à faire quelque fois des fausses routes.

Ce jour-là , Mme X m'explique que les gouttes que je veux lui mettre ne sont pas les bonnes, elle essaye de m'expliquer que les gouttes que j'ai dans mes mains, elle ne l'ai mets plus depuis un moment et qu'elles ont été remplacées par d'autres, elle me demande d'aller voir dans la salle de bains dans sa trousse de médicaments personnels pour voir si elles y sont, l'infirmière rentre à ce moment-là dans la chambre et je lui explique alors la situation, nous partons toute les deux dans la salle de bains pour voir si les gouttes y sont. On commence à chercher les gouttes, et j'entends un bruit bizarre, Mme X toussait d'une manière étrange, je dis à l'infirmière « Mme X est en train de s'étouffer, elle fait une fausse route », nous sortons donc très rapidement de la salle de bains et effectivement Mme X s'étouffe, elle tousse et essaye de sortir ses glaires mais en vain, l'infirmière sort donc de la chambre en courant et en criant « aspi les filles », pour prévenir nos collègues qui sont dans l'autre secteur.

L'infirmière va donc chercher l'aspiration, je reste donc avec Mme X , à ce moment-là elle n'arrive plus à tousser, une aide-soignante me rejoint, lorsqu'elle arrive Mme X commence à devenir bleu, l'aide-soignante me dit « vite, avance son dos, je vais lui mettre des claques

dans le dos », je mets donc une main au niveau de son épaule pour l'avancer, l'aide-soignante commence à lui mettre des tapes dans le dos, je prends après le relais, l'aide-soignante me dit « plus fort, n'aie pas peur », Mme X arrive à cracher quelques glaires.

L'infirmière arrive donc avec l'aspiration et propose à Mme X de l'aspirer, elle lui explique le principe, Mme X accepte, l'infirmière l'aspire, le médecin arrive à ce moment et nous demande de décrire la scène, il nous dit que même si elle vient de finir son repas, il restait certainement des bouts d'aliments coincés car sa déglutition est perturbée du fait de sa pathologie.

Une fois l'aspiration finie, Mme X est choquée de la situation, elle se met à pleurer, elle essaye de nous expliquer ce qu'il s'est passé, elle tremble, sa voix tremblote, elle nous explique difficilement que cela lui est déjà arrivé la semaine dernière chez sa fille avec de la brioche. Elle nous dit aussi qu'elle se voit diminuer de jour en jour, elle se rend bien compte qu'elle ne peut plus faire certaines choses. L'infirmière s'assoit donc auprès d'elle pour la rassurer, elle lui tient la main, quant à moi, je suis debout, j'écoute attentivement Mme X, elle nous regarde une après l'autre avec l'infirmière. Je regarde Mme X et je me remémore ce qui vient de se passer, j'ai craint pour elle, j'ai eu peur de ne pas arriver réussir à la sauver, peur qu'elle décède dans ses conditions. J'écoute les mots de l'infirmière qui tente de l'apaiser, de la rassurer.

Mme X se calme et arrête de pleurer, elle nous remercie d'avoir été là, l'infirmière lui propose qu'elle se repose et que l'on repassera en début d'après-midi, elle lui dit aussi que si elle a besoin de ne pas hésiter, qu'elle peut sonner. On sort de la chambre, l'infirmière m'explique la pathologie dont Mme X est atteinte, elle me dit que la sclérose latérale amyotrophique est une maladie très dure, dans le cas de Mme X, ce sont les muscles supérieurs comme la parole et la déglutition qui sont atteints et que malheureusement l'issue de la maladie est fatale, que généralement les personnes ne vivent pas très longtemps et que leur état s'aggrave assez rapidement, elle me dit aussi que « généralement les personnes meurent étouffer ».

Je dis à l'infirmière « que cela doit être dur de se voir diminuer surtout quand on est conscient », je lui explique que j'ai eu peur lors de sa fausse route, je pensais qu'elle n'allait pas s'en sortir et partir dans d'atroces conditions surtout quand la personne est consciente et se rend compte de tout.

Plus tard, vers 14h, lorsque l'on fait le tour pour prendre les paramètres vitaux, l'infirmière et moi, passons voir Mme X, l'infirmière lui demande si elle va mieux et là Mme X explose en sanglots et pleure, elle essaye de nous parler tant bien que mal, elle utilise son cahier car l'infirmière et moi n'arrivons pas à la comprendre. L'infirmière s'installe auprès de Mme X, je m'approche aussi et je lui prends sa main pour lui apporter un peu de réconfort et de soutien. Elle nous parle de sa vie d'avant, qu'elle était très active, qu'elle s'occupe d'enfants et que depuis juillet et août elle se rend bien compte qu'elle diminue de jour en jour et que c'est très dur pour elle de l'accepter. Elle dit aussi qu'elle a du mal à marcher, car sa jambe gauche a de plus en plus de mal à fonctionner et que à cause de cela elle fait des chutes régulièrement. Elle demande d'où vient cette maladie, l'infirmière lui répond que c'est une maladie qui touche les neurones et que c'est une maladie où nous ne savons pas vraiment les causes de celle-ci et essaye de lui expliquer en utilisant des mots simples.

Nous sommes là en train de l'écouter, à l'intérieur de moi, sa situation me touche, je me dis que cette patiente doit souffrir psychologiquement, que sa maladie doit être dur à vivre et surtout le fait de ne plus pouvoir s'exprimer correctement doit être horrible, je repense à ce que l'infirmière m'a dit sur l'issue de la maladie, je trouve cela horrible, je n'ai pas les mots pour la rassurer, je me trouve démuné face à cette situation, je suis affecté par ce qui dit la patiente. Je crains qu'elle fasse une nouvelle fausse route et que celle-ci soit fatale. L'infirmière essaye de la rassurer en lui disant que c'est bien elle va pouvoir aller chez son fils à Bordeaux, qu'elle sera entourée et qu'elle va découvrir une nouvelle région.

Elle nous dit que cela l'inquiète car chez son fils la journée, elle sera toute seule malgré le passage le matin de l'infirmière, elle sera seule et le fait de tomber ou de faire une fausse route l'angoisse énormément, elle dit aussi qu'elle ne veut pas être un poids pour son fils, car il a déjà sa vie. L'infirmière essaye de lui expliquer que si elle était un poids pour son fils il ne lui aurait pas proposé de venir vivre chez lui.

Elle répond que c'est vrai, pour mettre fin à la conversation, elle dit « mais bon c'est comme ça ».

L'infirmière lui rappelle qu'on est là, qu'elle peut nous appeler, elle lui propose aussi la visite de la psychologue si elle le souhaite, Mme X refuse. L'infirmière lui dit que si elle change

d'avis, il n'y a pas de souci, qu'elle pourra intervenir auprès d'elle. Elle nous remercie à nouveau.

L'infirmière et moi sortons de la chambre, je me permets donc de dire à l'infirmière que je trouve que cette situation est difficile et que je me suis trouvé démuni face à cela, et que je ne savais pas quoi lui répondre, comment la rassurer et que je ne pouvais pas lui dire « je vous comprend », parce que je ne suis pas à sa place et je ne sais pas ce qu'elle vit. De plus je reviens sur l'événement qui s'est passé le matin et je dis à l'infirmière « que sa doit être dur de voir partir une personne lors d'une fausse route, même si on a tout tenté pour aider et sauver la personne. ». Je lui fais part que l'image de Mme X en train de faire sa fausse route me reste dans la tête.

L'infirmière me répond « tu sais cela est très frustrant de voir une personne s'en allait dans des conditions pareilles et surtout quand on a essayé de tout faire pour la sauver, on se dit que quelque part on a échoué même si on n'est pas des super héros et que l'on ne peut pas sauver tout le monde. Tu sais parfois la mort prend le dessus sur la vie et tu ne peux rien faire à part accepter, les situations d'urgence ne sont jamais faciles à gérer, elles sont très dure émotionnellement car en tant que soignant tu dois gérer tes émotions et surtout quand l'urgence mène au décès ,après ce genre de situation, il est important de parler car certaines choses marquent à vie et il est important de parler de ce que l'on a ressenti à ce moment pour continuer notre métier ».

Pour revenir à la situation de Mme X et à son avenir, L'infirmière me dit « qu'effectivement c'est une situation très compliquée, que parfois on n'a pas toujours la solution et que dans ce métier le relationnel est très important, et que certes malgré la charge de travail, il est important d'être là pour les personnes et leurs familles, c'est très important ».

1.2. Questionnement

Durant mes deux premières années de formation d'infirmière, j'ai eu l'occasion de faire divers stages dans différents domaines, mais le plus souvent ceux-ci se sont déroulés dans des établissements de long séjour, comme les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et d'autres dans des services de court et moyen séjour comme en Médecine et en Rééducation fonctionnelle Orthopédique.

J'ai donc choisi une situation qui s'est déroulée dans un service de médecine lors du début de ma deuxième année de formation. Dans les stages, j'ai rencontré différentes situations, qui m'ont fait me questionner mais avec une réflexion, j'ai pu au fil des mois trouver des réponses à mes questions, ce qui m'a permis d'avancer.

La situation que je souhaite aborder a été dans un premier temps choisie car c'est la situation qui m'a fait le plus réfléchir et me poser des questions. C'est dans cette situation où je me suis trouvé le plus en difficulté et aujourd'hui encore les réflexions et le questionnement sont encore présents c'est donc pour cette raison que je souhaite réfléchir sur cette situation.

Le mémoire me permettra d'apporter une certaine réponse à mon questionnement, permettra aussi d'avoir une réflexion sur ma pratique qui pourra être bénéfique pour l'exercice de mon métier d'infirmière. Cependant, peut-être que certaines questions ne trouveront pas de réponses ou peut-être qu'aucune réponse existe à ces questions et seule l'acceptation de ne pas avoir de réponse et la réflexion au long court permet d'avancer.

Dans cette situation, il s'agit d'une patiente atteinte d'une maladie chronique avec une dégradation depuis plusieurs mois. Au cours de son hospitalisation, la patiente fait une fausse route qui aurait pu lui être fatal. C'est à la suite de cela qu'elle parle de son ressenti, elle confie que son état se dégrade et qu'elle s'en rend compte et que son état est difficile à accepter pour elle qui était très active. Elle pose aussi des questions pour essayer de comprendre pourquoi elle est atteinte de cette maladie, pourquoi cela lui arrive sachant qu'elle n'a pas d'antécédents familiaux. L'infirmière essaye de la rassurer et de lui expliquer certaines choses, quant à moi, je suis désemparée et affectée par la situation et je ne sais pas quel comportement avoir, que lui dire, je n'arrive pas à la rassurer et à répondre à ces questions.

Cette situation fait ressortir plusieurs questionnements et réflexions, tout d'abord, le fait que lorsque la patiente fait sa fausse route, à cet instant, elle peut partir, si on n'agit pas vite, donc on se trouve dans une situation d'urgence.

Je me pose donc la question après cette fausse route que j'ai vécue comme traumatique, de la manière dont les soignants font pour agir en urgence, garder leur sang-froid mais aussi la peur de ses soignants face à la mort puisque si on n'agit pas dans cette situation la personne peut décéder rapidement mais aussi malgré le fait qu'on fasse les premiers gestes d'urgences peut aussi ne pas être suffisant et entraîner le décès du patient.

Par là je veux mettre en avant les émotions et les affects que les soignants peuvent rencontrer dans des situations d'urgences et « comment font-ils pour les mettre de côté, les surmonter ? » mais pas que puisque l'on peut être affecté dans tous les soins et à tout moment.

Ensuite, dans ma situation, le fait que je sois touchée, affecté par les propos de cette dame représente une impuissance de ma part, marquée par mon comportement qui est le fait que je ne puisse pas intervenir, que je me retrouve démunis, sans ressource, ni la capacité de rassurer, je me retrouve sans voix lorsque la patiente parle de son état.

Dans cette situation, la limite que l'on a est de ne pas pouvoir répondre aux questions de la patiente concernant l'étiologie de sa pathologie mais aussi de ne pas pouvoir savoir l'évolution de sa maladie et de savoir que dans les prochains mois son état va s'aggraver et qu'on ne pourra rien faire puisque les traitements ne peuvent enrayer cette évolution.

C'est à cause de ses limites qu'à ce moment ,je ressens un mal-être puisque je me sens démunis et pas assez soutenante vis-à-vis de la patiente, j'aurais aimé pouvoir lui apporter des informations sur cette pathologie mais du fait du manque d'informations sur la sclérose en plaques en matière d'étiologie, je ne peux donc pas lui délivrer ces informations.

De plus le fait que la patiente se rend compte que son état s'aggrave m'a touché car je me suis dit que cela doit être difficile de se voir dégrader et surtout d'être conscient de son état, cette patiente doit se demander dans quelque mois « comment vais-je être ? » et c'est compliqué pour moi de ne rien pouvoir faire , d'être impuissant puisque j'aimerais qu'elle aille mieux, qu'elle puisse retrouver une certaine autonomie ce qui ne va pas s'arranger dans les mois à venir au vue de l'évolution de la maladie.

Enfin cette question d'émotions, d'affects dans cette situation pose la question pour le soignant de qu'est-ce que les émotions lui apportent, qu'est-ce qu'il en fait de ses émotions et comment ils les supportent ou comment les rends-t-il supportable ?

Dans ma situation, je suis affecté par le vécu de cette patiente mais être affecté ne veut pas dire être impuissant, dans cela il faut se poser la question de : quel sens on donne à

l'affection ? qu'est-ce que cela implique ? Par rapport à l'affect, il faut aborder la relation soignant-soigné mais surtout savoir ce qu'est un soin ? qu'est-ce qu'il implique ?

Dans la relation soignant-soigné , il y a toujours un engagement dans la relation de la part du soignant, la personne a besoin , de réconfort, du soutien.

Cependant dans la relation soignant-soigné , dans le soin, il y a des limites comme les conditions humaines. On peut aussi se poser la question de la juste distance dans la relation de soins avec la notion de proxémie.

J'en arrive donc à l'issue de cette analyse de situation à déterminer une question de départ :

« *En quoi les émotions et les affects impactent-ils le soin ?* ».

3. Cadre de référence

3.1.Le soin

3.1.1. Définition du soin

Tout d'abord selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, un soin est un « *souci, préoccupation relative à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse* »¹. Cette définition montre donc bien que pour prodiguer un soin, il faut avoir un souci pour l'autre, se préoccuper de lui. Le patient est par-là représenté par un objet ou une situation ou projet. Cette représentation nous interpelle dans notre profession, puisqu'un patient ne pas être un objet, c'est un être humain à part entière. Si on le considère comme un objet alors on peut en faire ce qu'on veut, le patient est donc déshumanisé, on le prend que pour sa maladie et pas pour ce qu'il est lui-même. Cette phrase tend donc à déshumaniser l'être humain , à le rendre dépendant du soignant et à lui enlever toutes ses fonctions et ses capacités comme la capacité de s'exprimer, de choisir lui-même.

Le site Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales à aussi donner d'autres définitions du soin, comme « *attachement de l'esprit, de la pensée pour quelque chose* »², « *intérêt, attention que l'on a pour quelqu'un.* »³ dans ces deux dernières définitions, on voit

¹ <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>.

² <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>.

³ <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>.

donc que la prise en compte de l'individu à changer puisqu'on passe de la représentation du patient comme un objet à la réelle attention que l'on a pour quelqu'un, un intérêt ce qui prouve donc que le sujet est pris en considération et qu'il n'est pas seulement un objet de soin. De plus le soin est un « *effort, mal qu'on se donne pour aboutir* »⁴ « *occupation, responsabilité qu'une personne doit assumer* »⁵. le fait que le soin soit un mal que l'on se donne pour aboutir, c'est-à-dire pour guérir le patient ou améliorer sa vie montre que le soignant doit être impliqué et faire un effort pour cette prise en charge, ce qui tend à dire que le soin n'est pas toujours simple puisqu'il faut que le soignant fasse cet effort pour prendre en charge ce patient mais aussi que celui-ci doit impliquer puisque le but est d'aboutir à la guérison et pour cela c'est une relation d'alliance entre le soignant et le patient qu'il faut. Le soin pose aussi le problème de la responsabilité, un soin engage la responsabilité du soignant, il ne peut pas faire ce qu'il veut, l'exercice de ses fonctions est réglementé par des textes de lois. Ce qui veut donc dire que tout le long du soin et même après sa responsabilité est en jeu et peut dans certains cas de dérives être mise à mal.

Pour faire un lien avec ma situation que je vous ai présenté précédemment, dans celle-ci la patiente, elle demande un soin psychologique, elle demande des réponses à ses questions qui sont en liens avec sa maladie et l'étiologie de celle-ci.

Elle a besoin là d'une attention, a besoin de voir que le soignant a des connaissances à lui apporter même si dans son cas, l'infirmière et moi-même avons peu d'éléments sur sa pathologie qui est restée encore bien inconnue. Elle recherche à avoir du réconfort, à se sentir écoutée et dans cette situation on voit bien qu'il y a du relationnel, de la disponibilité de notre part puisque on prend le temps d'être avec elle et de l'écouter ce qui je pense la soulage même si ces interrogations sont encore présentes.

3.1.2. Approche conceptuelle du soin

Dans cette partie, je vais m'appuyer sur différents auteurs afin d'illustrer mes propos.

Tout d'abord, Virginie Pirard, qui est juriste et philosophe éthicienne à l'Institut Pasteur, dans son texte « qu'est-ce qu'un soin ? », nous dit que « *Le soin, parce qu'il touche au corps et la vie psychique, suscite dans notre imaginaire des représentations « prototypiques » : le*

⁴ <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>.

⁵ <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>.

médecin-l'infirmière ou la nurse- tout comme la figure parentale, généralement assimilée à la mère ou à la grand-mère. »[Pirard, V, 2006, p.80]. Dans notre profession, nous savons qu'un soin n'est pas seulement lié au corps mais qu'il est lié au psychisme. En tant qu'être humain, notre santé mentale est fortement liée à notre corps, on ne peut pas se sentir bien dans notre corps si au niveau psychologique on est perturbé. On peut donc par-là se poser la question de savoir sur quels éléments peut-on se dire en bonne santé ou en mauvaise santé ? sachant que l'on a tous notre propre conception de la bonne ou la mauvaise santé, pour certains le fait d'avoir une maladie chronique il se considère en mauvaise santé alors que d'autres ayant la même maladie chronique ou une autre, ne se considère pas en mauvaise santé puisque cette affection fait partie de leur quotidien, ils l'ont intégrée à leur vie.

Dans le soin, on a tous des représentations de ce qu'il est, on a nos propres représentations peut-être par ce que nos parents nous ont transmis, ou par notre propre vécu. Virginie Pirard dit que le soin « *suscite dans notre imaginaire des représentations prototypiques* »[Pirard, V, 2006, p.80]. Ce qui veut donc dire dans notre propre imaginaire on classe le soin dans une catégorie particulière. Le terme prototypique qui vient du verbe « prototyper » désigne « *Être l'exemple parfait de quelque chose ;représenter ;symboliser.* »⁶, ce qui veut donc dire que dans notre imaginaire on se fait des représentations idéal du soin, c'est-à-dire comme Virginie Pirard le cite que ces représentations sont assimilées au médecin et à l'infirmière qui ont en quelque sorte cette figure parentale, car prendre soin d'une personne commence dès son plus jeune âge avec nos parents mais plus précisément notre mère ou notre grand-mère qui ont cette fibre maternelle, cette capacité à prendre soin d'un enfant, de façon qui est décrite de « naturelle », cette fibre serait innée pour la mère et certainement un peu transmise par sa mère elle-même.

Souvent, l'infirmière est assimilée à une personne maternante car elle prend soin, s'occupe du patient comme elle le ferait avec son enfant, puisque le patient se retrouve dans une situation de dépendance, de vulnérabilité et il a besoin de quelqu'un pour répondre à ses propres besoins comme lorsqu'il été un nouveau-né.

Mais finalement ce soin, qui est représenter de façon idéale, l'est-il forcément ? Prend-il vraiment toujours le patient en compte ? Ne peut-il pas avoir des limites ? .

⁶ <https://www.cnrtl.fr/definition/prototypique>

Pour Virginie Pirard, « *Dans cet univers, deux thématiques majeures émergent : celle du pouvoir-qui guérit, soulage et parfois violente et celle de la sollicitude-maternelle ou maternante.* » [Pirard, V, 2006, p.80]. Dans le soin il ressort donc du pouvoir, la toute-puissance, le fait de tout faire pour guérir , soulager la personne mais ce pouvoir peut donc entraîner une certaine violence, une certaine obstination déraisonnable en essayant de soigner le patient même si on dépasse certaines limites. Cette toute puissance peut-être expliquer par la technicité et les savoirs de la médecine que le médecin a et veut à tout prix appliquer quitte parfois à mettre en danger l'intégrité du patient. Ensuite, il y a aussi la sollicitude, qui signifie le fait de prodiguer des soins attentifs et affectueux à l'égard d'une personne, cette sollicitude a une fonction maternelle (de la mère) et maternante (protéger de façon maternelle mais souvent excessive), puisqu'elle est associée à la mère qui maternelle son enfant et pour nous les infirmières, on maternelle le patient, on lui prodigue des soins à son égard en tenant compte de sa personne et de ses besoins.

Cependant, « *il demeure tentant de penser le soin selon des logiques essentiellement affectives pour cette raison simple qu'un soin ne peut-être donner « n'importe comment »* » [Pirard, V, 2006, p.81]. Il s'agit des propos qu'affirme Virginie Pirard qui est contre la naturalité du soin, pour elle le soin n'est pas naturel, prodiguer un soin ne se fait pas de façon naturelle, il y a des personnes qui sont faites pour cela et d'autres non, de plus un soin a besoin de qualité relationnelles et attentives mais pas seulement, le savoir-faire et le savoir-être sont aussi impliquer pour prodiguer le soin, on peut donc se poser la question de savoir si le soin est essentiellement relationnel et affectif ? et n'implique-t-il pas d'autres valeurs ?

On sait aussi que « *le fait qu'un soin doive être prodigué d'une façon qui ne mette pas en danger l'intégrité physique et psychique mais soutienne celle-ci, et idéalement la restaure, constitue une contrainte majeure qui est à la source d'au moins un paradoxe.* » [Pirard, V, 2006, p.81]. ,dans notre profession nous sommes formés pour prêter attention à l'intégrité physique et psychique du patient, en faisant tout pour ne pas la nuire, le but d'un soin est que cette intégrité soit restaurée pour permettre à la personne de rester autonome le plus possible mais le fait de devoir prendre en compte l'intégrité du patient représente une contrainte majeure à la réalisation d'un soin qui va donc opposer plusieurs opinions. Cette contrainte de maintien ou de restauration de l'intégrité impose donc aux soignants d'être rigoureux , attentif à la personne.

« Ce paradoxe concerne l'articulation de deux notions-celles de « ressources affectives » et celle du « travail » [Pirard, V, 2006, p.81]. En tant que soignant on doit avoir des ressources affectives, de l'attention dans la relation soignant- soigné mais aussi en tant que soignant la relation soignant-soigné fait partie de notre travail. Avec les propos de Virginie Pirard on comprend donc que le paradoxe du maintien ou de la restauration de l'intégrité physique se situe entre les ressources affectives et le travail , pourtant ces deux notions se soutiennent l'une envers l'autre. En revanche, le soin pour qu'il soit réalisé d'une façon appropriée, « doit être réalisé avec « tendresse » [Pirard, V, 2006, p.81]. La tendresse est « *un sentiment d'affection, d'amitié, de générosité qui porte à considérer autrui avec bienveillance, à le traiter avec sollicitude.* »⁷, c'est-à-dire que le soignant doit prendre en considération son patient et être bienveillant avec lui aux vues de sa vulnérabilité, il doit surtout lui porter attention et le prendre en soin avec respect.

Le fait de mobiliser cette dimension affective dans le soin, fait partie « de ce que l'on appelle le *caring labour* » [Pirard, V, 2006, p.81]. Car « *au-delà des compétences techniques, variés et nécessaires au soin, c'est au nom même de la mobilisation de cette dimension affective que le soin est considéré comme travail.* » [Pirard, V, 2006, p.81]. Pascale Molinier écrit que les réflexions sur le soin s'accordent à dire qu'une dimension affective est nécessaire pour le soin. La notion de « caring labour » surgit alors, c'est le souci du bien-être d'autrui vu comme une tâche. Le fait de qualifier le soin de travail tout en se basant sur des considérations relevant de l'affectif constitue une ambiguïté propre aux tâches de soin. Qualifier le soin de « travail », évoque la dénaturalisation de l'affection nécessaire aux soins , par conséquent cela pose donc la question de comment l'affection est-elle mobilisée dans le soin et est-elle reproductible ?

Dans une partie du texte de Virginie Pirard sur « qu'est-ce qu'un soin ? », elle aborde la question de pourquoi la dimension affective est associée au soin. D'une part « *la relation de soins mobilise des affects est une évidence qu'il importe d'analyser.* » [Pirard, V, 2006, p.82]. Pour elle la structure interne du soin est « *doublement relationnelle et surdéterminée par les situations de dépendance et de vulnérabilité* » [Pirard, V, 2006, p.82]. Par-là elle souhaite évoquer le fait que les relations de soin soient fondées essentiellement sur le relationnel et que dans les relations de soins les personnes sont vulnérables et dépendantes, elles ont besoin du

⁷ <https://www.cnrtl.fr/definition/TENDRESSE>

relationnel pour répondre à leurs besoins. La structure du soin « *génère par elle-même des éprouvés psychiques et somatiques, encore convient-il de ne pas assimiler trop rapidement ceux-ci à des sentiments.* » [Pirard, V, 2006, p.82]. C'est-à-dire que le soignant ressent des émotions, des affects à travers la relation de soin, le patient, c'est donc là que l'on peut se poser la question, est-ce que les soignants éprouvent des sentiments pour le patient et quel-en serait-il ?

Ensuite, « *lier la mobilisation de certains registres affectifs au concept même du soin, profane et professionnel, invite à penser la nécessaire dénaturalisation des sentiments ou émotions inhérents à la relation de soin.* » [Pirard, V, 2006, p.82]. Par-là, Virginie Pirard met en avant le fait que les sentiments et les émotions ne soient pas naturels à la relation de soin.

Pour elle « *soutenir le contraire reviendrait à adopter une position sentimentale où serait valorisé de façon quasi incantatoire une ressource aussi fluctuante que l'amour.* » [Pirard, V, 2006, p.82]. Cela voudrait donc dire que le soignant ressent pour son patient de l'amour, la relation soignant-soigné serait donc une relation d'amour. Dans la profession, pour être bienveillant et prendre correctement en charge un patient, il faut une sorte d'amour pour le patient. « *Parler d'amour paraît incongru, voire déplacé, toutefois il s'agit forcément d'une de ses multiples facettes. L'amour se décline dans différents liens : l'amour maternel, filial, fraternel, amoureux... Le lien qui unit soignants et soignés ne porte pas de nom particulier et se trouve souvent nommé par des expressions techniques ou contractuelles assez dépourvues de teneur affective : relation d'accompagnement, d'aide, de soins, soignant-soigné, aidant-aidé. Pourtant, c'est une forme d'amour au sens d'un investissement affectif.* »⁸. L'amour du soignant envers ce patient se traduit donc par l'affection que le soignant porte au patient, le soignant est attaché au patient et ce lien est normal et même essentiel dans notre profession.

« *Le soin s'inscrit dans le cadre d'une relation de dépendance.* » [Pirard, V, 2006, p.83]. Dans notre profession, lorsque nous prodiguons un soin, c'est que la personne est dans une situation de dépendance puisque celle-ci ne peut pas elle-même prendre soin d'elle du fait de son état ou de sa vulnérabilité.

⁸ (Maraquin Carine, Masson Geneviève, 2013)

P. Paperman souligne que « *la dépendance ne concerne pas que les bébés, les malades ou les personnes âgées mais tout un chacun.* »⁹, la dépendance concerne tout le monde à un moment donné de notre vie, on a forcément besoin de quelqu'un pour nous aider et surtout lorsqu'on est vulnérable et surtout dans la maladie on se trouve démunis un peu seul face à celle-ci et les professionnels de santé ont un rôle de soutien, d'écoute et d'accompagnement dans cette période de vulnérabilité et de dépendance.

Dans son texte, Virginie Pirard prend pour exemple le bébé « *en raison de cette immaturité, le bébé humain ne peut se développer, ni même survivre, s'il ne reçoit des soins adaptés et suffisants.* » [Pirard, V, 2006, p.83]. En fait, un bébé est dépendant des adultes pour répondre à ses besoins telles que manger, boire, et l'hygiène..., « *Seule la présence d'autrui permet de soutenir ce qu'autorisent nos tendances instinctuelles, à savoir le développement vers la maturité et l'individuation.* » [Pirard, V, 2006, p.83].

Si l'adulte ne prend pas soin de lui, le bébé ne peut pas se développer car c'est grâce à l'adulte qui peut découvrir son environnement, créer ses habitudes, ses repères et se développer dans le monde pour évoluer, devenir mature, et devenir plus tard un adulte autonome et indépendant. L'enfant a besoin de soins adaptés et suffisant, ce qui sous-entend l'affectivité de l'adulte, du soignant envers cette enfant qui en a besoin pour se développer et pour survivre, sans cela il meurt. La présence de cette personne favorise le passage vers la maturité que ça soit pendant l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte, il faut toujours une personne pour aider à se développer.

Souvent, lorsqu'un enfant, n'a pas eu cet accompagnement lors de son enfance, plus tard il peut développer des troubles comme du comportement ou d'autres troubles psychologiques.

Virginie Pirard évoque aussi la notion de dépendance, qui est un « *état d'une personne qui est placé sous l'autorité, sous la protection d'une autre par un manque d'autonomie.* »¹⁰, ce qui renvoie bien à la notion de vulnérabilité. Pour virginie Pirard, « *La dépendance entre les êtres humains est donc une figure de cette vulnérabilité ontologique et l'on conçoit que la question du soin se pose dès lors de façon récurrente au cours de la vie humaine. Cette perspective prédispose le soin à être pensé comme relation de soin* [Pirard, V, 2006, p.84]. Dans le soin, il

⁹ (Paperman, 2004)

¹⁰ <https://www.cnrtl.fr/definition/dependance>

Il y a une relation entre soignant-soigné qui s'instaure, une relation que l'on qualifie de soin. Cette relation apparaît souvent au cours de la vie lors d'événements qui amène la personne à se retrouver dans une situation de dépendance. La dépendance est une figure de vulnérabilité, une personne se retrouvant dépendante est vulnérable.

Dans la dépendance, une notion est fortement liée à elle, c'est celle de « l'adaptation aux besoins comme enjeu de soin », le fait d'être dépendant amène le soignant à prendre en compte les besoins de la personne et à tout faire pour que ceux-ci soient satisfaits.

« L'idée que le soin a pour fonction de répondre à un besoin doit être comprise au regard des conceptions de ce qu'est concrètement un besoin et la place de celui-ci dans l'économie psychique des individus. » [Pirard, V, 2006, p.84]. Le soin a donc pour objectif de répondre à un ou plusieurs besoins à condition de tenir compte des besoins de la personne. La notion de besoin est individuelle, c'est-à-dire que chaque personne a des besoins différents et aussi des attentes et des souhaits différents, donc il faut en tenir compte pour être bienveillant avec le patient et qu'il s'instaure une relation de confiance ainsi qu'une alliance thérapeutique, si le patient s'est que l'on tient compte de lui, il se livra plus facilement.

Au XX^{ème} siècle, la palette des besoins fondamentaux s'est élargie, notamment grâce aux travaux de Bowlby et Harlow qui *« ont largement remis en cause cette définition des besoins primaires et il est aujourd'hui admis que ceux-ci comprennent dès le départ de toute vie humaine des besoins affectifs et sociaux. »* [Pirard, V, 2006, p.85]. Bowlby et Harlow ont donc permis d'amener les concepts de besoins affectifs et sociaux en plus de ceux vitaux comme respirer, boire et manger. Il en est de même pour D.W. Winnicott avec ses travaux qui *« ont permis de préciser la notion et la place du besoin dans l'économie psychique des individus et sa signification pour l'être humain. »* [Pirard, V, 2006, p.85]. Il y a eu une distinction du besoin du désir notamment parce qu'il s'appuie sur la réponse au besoin et *« trouve son origine à un stade de développement de la vie psychique plus tardif que celui où se vivent de façon très primitive et vitale les tensions relatives à la prise en compte des besoins. »* [Pirard, V, 2006, p.85]. Les travaux de Winnicott évoquent donc le besoin du désir, il parle plutôt de « réponse » aux besoins plutôt que de « satisfaction » des besoins, pour un enfant ce qui est important est que son environnement lui réponde et c'est grâce à l'existence d'une réponse que l'on peut se confronter au monde extérieur et à la personne d'autrui. *« Lorsque cette dynamique entre la réponse aux besoins et l'étayage des fonctions désirantes échoue à se mettre en place, c'est*

toute la possibilité d'investir le monde qui est freinée ou anéantie. » [Pirard, V, 2006, p.85]. Si la réponse aux besoins de l'enfant n'est pas réalisée, cela va donc l'impacter et il va avoir du mal à pouvoir s'intégrer au monde et à se développer d'où l'apparition de certains troubles plus tard.

« Ceci tend à confirmer que si le désir est objectal, le besoin, tout primitif qu'il soit, est avant tout relationnel et fait appel, par sa structure même, à l'interaction. » [Pirard, V, 2006, p.85]. Si le désir est objectal, le besoin est relationnel et fait appel à l'interaction. Il est doublement relationnel car il y a un contexte de dépendance et d'interaction nécessaire. La relation de soin est affective puisqu'elle met en contact les individus, engendrant des sensations, émotions et parfois des sentiments.

Précédemment on l'a vu, l'interaction est au cœur du soin, *« celui-ci consiste jusqu'à un certain point en un type de relation dont l'enjeu est l'adaptabilité aux besoins du plus vulnérable »* [Pirard, V, 2006, p.86]. Ce qui veut donc dire que la prise en compte et l'adaptabilité aux besoins de la personne constitue les principales missions du soin et que pour répondre à ses missions, le soignant doit interagir avec la personne soignée, ce qui constitue la relation de soin.

Virginie Pirard aborde aussi un autre point qui est *« le concept de la préoccupation maternelle primaire »* [Pirard, V, 2006, p.86]. C'est dans l'œuvre de D.W.Winnicott *« qu'on trouve les ressources conceptuelles les plus puissantes pour penser l'adaptations aux besoins comme travail alors même qu'il s'intéresse à une relation « affective » entre toutes, celles de la mère avec son enfant. »* [Pirard, V, 2006, p.86]. C'est la disposition de la mère à répondre aux besoins de son bébé. Il constate alors que la période suivant la naissance du bébé engendre une intense dépendance du nourrisson à son environnement pour sa survie et son développement que Winnicott nomme *« self »*. Une mère serait prédisposée biologiquement à la tâche particulière de s'adapter aux besoins de son enfant. Lorsque cette situation arrive, la mère fournit un cadre (setting) dans lequel son enfant pourra commencer à se manifester, se développer. La possibilité de s'adapter aux besoins nécessite un remaniement psychique profond qui échappe au cours de la vie normale mentale. C'est une disposition particulière qui *« pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation. »*¹¹, puisque la mère doit tout faire pour atteindre cet état d'hypersensibilité, ce qui suppose qu'elle se replie sur elle et qu'elle n'est pas forcément

¹¹ (D.W.Winnicott, 1969)

dans son état normal. Pour Virginie Pirard, « *cet état doit se comprendre comme une crise traversée par la mère.* » [Pirard, V, 2006, p.88]. Cela nous amène donc à penser que les relations de soin doivent être pensées sur la base des ressources autre que la vie psychique naturelle des soignants. C'est-à-dire que les soignant ne vont pas qu'utiliser leurs pensées pour agir mais aussi d'autre ressources comme leurs connaissances...

Enfin, Virginie Pirard parle d'une dernière notion qui est « la disposition au soin », elle évoque « *la contrainte interne à la relation de soin, qui nécessite une telle interaction et de la qualité de présence qu'elle requiert, le risque d'épuisement psychique des soignants est grand.* » [Pirard, V, 2006, p.89]. Le fait que le risque d'épuisement des soignants soit important, cela les amène à développer des mécanismes de défenses, des stratégies pour se protéger, ce qui va donc engendrer une automatisation forcée des gestes, une parcellisation extrême des tâches, un découpage en gestes stéréotypés qui sont reproduit comme une sorte de chaîne et cela est sans fin, ce qui va dévitaliser la relation de soin. C. Dejours *parle* à ce sujet d'une « *organisation du travail, porteuse d'une injonction dépersonnalisante.* »¹², ce qui impose au soin d'être dépersonnalisant, néanmoins, le contact vivant doit être soutenu par une attention et une présence psychique constante qui ne laissent pas de place pour l'automatisation. Il y a une sorte de routine professionnelle qui amène donc les soignants n'ont pas à soigner des personnes mais des corps. Ce qui « *se joue ici, c'est bien la question de la pénibilité du contact lui-même, auquel le soignant n'est pas forcément préparé.* » [Pirard, V, 2006, p.90]. Le rapport aux autres est donc de façon automatisée et perd de sa substance vitale qui est le contact, l'interrelation à l'autre, ce qui va donc amener le soignant à une façon de faire et d'éviter la relation en se défaisant du contact. Il faut donc insister sur la vraie pédagogie de l'interaction et apprendre réellement ce qu'est le contact dans le soin.

Virginie Pirard s'est donc appuyée sur Emilie Pickler qui a mené une expérience à Budapest après la seconde guerre mondiale. Son institut accueille des orphelins et des jeunes enfants séparés pour un temps de leurs parents. Elle observe alors les capacités d'activités autonomes des enfants. « *Si l'enfant bouge plus librement, il apparaît plus assuré dans sa locomotion, tombe moins et avec moins de risques* » [Pirard, V, 2006, p.90]. Ce qui sous-entend que plus un adulte sera collé à l'enfant lors de la marche, plus il sera inquiet est plus l'enfant ressentira

¹² (Déjours, 2015)

cette inquiétude et plus il tombera, alors qu'un enfant qui bouge librement cela lui permet de découvrir son environnement et ses limites. Ainsi Emilie Pikler émet l'hypothèse que « *le bébé n'a pas besoin de l'interaction permanente d'un adulte pour évoluer dans son développement* », ce qui veut dire que plus on laisse un enfant autonome plus il pourra se développer et découvrir son environnement pour devenir une fois adulte autonome. Un enfant a besoin d'une certaine autonomie pour découvrir par lui-même, ce qui fait de lui un individu qui a des relations sociales, qui est intégré à une vie sociale. Les interactions auxquelles la relation maternelle donne lieu n'ont pas pour objectif que de vivre cette relation, car celle-ci est continue. Cela engendre des soins « suffisamment bons », c'est-à-dire imparfaits mais se prêtant à un langage corporel interactif de l'intérieur duquel chacun s'impose à l'autre, au cours duquel le sentiment d'appartenance mutuelle se construit.

Cependant, on constate qu'un enfant qui est privé de son entourage habituel et soigné par d'autres personnes est angoissé et inquiet. Pour qu'un soin soit bon, il doit restaurer la sécurité, créer un sentiment de bien-être et de plaisir. Cela fonctionne aussi pour les autres patients qui sont adultes, le soignant doit tenir compte de la sensibilité du patient, de ses craintes. Il faut ajuster ses gestes, manipulations, être capable de percevoir et respecter. Le patient est donc perçu comme un partenaire de soin.

Pour conclure, Virginie Pirard indique que « *cette réflexion sur les relations de soin nous conduit à repenser et à nuancer la place qu'occupe la « dimension affective », inéluctablement présente, on l'a vu, au sein de ces interactions singulières.* » [Pirard, V, 2006, p.93]. Ce qui veut dire que quoi que l'on fasse on a besoin de ressources affectives pour accompagner un patient.

De plus, pour elle, les « logiques du respect », font aussi partie du champ des relations sociales. « *Il est pragmatiquement possible de « produire » du respect par le biais d'interactions asymétriques comme le sont en particulier les relations de soin, sinon les relations humaines en général.* » [Pirard, V, 2006, p.94]. « *L'asymétrie n'empêche la vitalité propre aux interactions, pas plus qu'une certaine expérience de la réciprocité, nécessaire aux soignants comme aux soignés.* » [Pirard, V, 2006, p.94]. Pour en conclure, le fait d'avoir des réflexions sur les soins que nous prodiguons en tant que soignant, nous permettent de repenser la dimension affective. Le soin est disposé donc au don de soi vis-à-vis de nous les soignants, donner, apporter aux patients font partie de notre métier.

Ensuite, pour continuer ma réflexion sur le soin, je me suis appuyé sur Frédéric Worms et Claire Marin avec leur livre « *A quel soin faut-il se fier ?* »¹³, dans lequel ils s'appuient sur une conférence de Donald Winnicott qui était un pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais pour illustrer leur réflexion sur les conditions d'un soin qui est capable de s'adapter à la singularité du patient.

Dans ce livre, deux notions ressortent beaucoup, il s'agit du *cure* et du *care*. Le *cure* désigne « *ensemble de soins médicaux, souvent d'une certaine durée, destinés à traiter des maladies (physiologiques ou psychologiques) ou des lésions, en vue de leur guérison.* »¹⁴ et le *care* désigne « *capacité à prendre soin d'autrui* », « *souci prioritaire des rapports avec autrui* »¹⁵.

Pour Claire Marin et Frédéric Worms qui s'appuie sur les propos de Winnicott, « *pour définir le care, c'est quelque chose de très simple et profond : la confiance.* » [Worms, Marin, 2015, p.7]. Dans cette phrase, le *care* est associé à la confiance, si on reprend la définition du *care*, qui est la capacité à prendre soin de quelqu'un d'autre et de se soucier de l'autre, on retrouve cette notion de confiance puisque pour que la personne soignée se laisse prendre en charge par une autre personne qui est le soignant, elle doit pouvoir lui faire confiance, pour qu'une personne puisse se dévoiler autant physiquement, que mentalement il doit se sentir en sécurité, rassurer avant de pouvoir confier des éléments de sa vie à l'autre. Il en est de même pour le soignant qui lui aussi doit pouvoir avoir confiance en son patient, c'est donc une relation de confiance à double sens qui doit s'instaurer dans la relation soignant-soigné pour créer une alliance thérapeutique.

Pour Winnicott, dans sa conférence, il expose le fait que « *la confiance dans le soin, dans le médecin, dans ceux qui nous soutiennent et nous portent (le holding, qui est chez lui au centre du soin premier et qui conditionne notre existence même) dans la vie, tel est donc bien, finalement, le thème de cette conférence qui conduit au cœur du soin, de la médecine, de la vie humaine.* » [Worms, Marin, 2015, p.7], finalement la confiance fait partie intégrante du soin, elle est au cœur de celui-ci et va donc conditionner notre existence, une personne qui n'aura pas confiance aux personnes ou à elle-même, tôt ou tard va se retrouver en difficulté dans sa vie où

¹³ (Worms & Marin, 2015)

¹⁴ <https://www.cnrtl.fr/definition/CURE>

¹⁵ (Gilligan, C)

la personne va se remettre sans cesse en question, ce sens pas capable de faire les choses alors qu'elle en est totalement capable, c'est ce que l'on nomme le manque de confiance. Celui-ci peut se traduire dans la vie personnelle comme dans le soin, les personnes ayant déjà vécu des situations de soin où elle ne se serait pas senti écouter, ou pas en confiance ont du mal à nouveau à faire confiance aux soignants.

Comme Virginie Pirard l'a précédemment évoqué, Winnicott rappelle que « *nous sommes tous, sans nécessairement en avoir pleine conscience, dépendants d'autrui.* » [Worms,F, Marin,C,2015,p.11]. Parfois nous n'avons pas conscience de la question de dépendance, on ne se rend pas forcément compte que l'on a besoin d'une personne pour nous aider , car pour nous les humains, on préfère être indépendant que d'être dépendant de quelqu'un, ici on retrouve donc le fait d'être dépendant de quelqu'un ou de quelque chose peut être dégradant pour la personne et elle peut se sentir infantilisé.

Dans ce livre, « *Winnicott évoque la parfaite égalité entre soignant et patient, là où l'on serait plutôt tenté de voir une dissymétrie et un rapport de pouvoir. Plus encore, le soignant lutte contre cette tentation même de tirer de la vulnérabilité de l'autre un sentiment de supériorité.* » [Worms, F, Marin ,C,2015,p.12]. Parfois les soignants, ont tendance à placer le patient à un niveau en dessous d'eux, lui qui est fragile, vulnérable et dépendant, alors qu'il faudrait en théorie et selon Winnicott se trouver à place égale, ce qui n'est pas souvent le cas puisque d'un côté le soignant est une personne avec des connaissances, il est là pour soigner, guérir (il est comme un « super héros »)et d'un autre coté parfois il peut être impuissant dans certaines situations mais aussi ce n'est pas un médecin donc parfois ces connaissances ont des limites. Et de l'autre côté le patient qui lui quand il est hospitalisé c'est que son état général est altéré et qu'il a besoin de soins, de traitements pour retrouver un état antérieur mais aussi le fait de ce trouvé dans cette situation le rend vulnérable, fragile , ce qui peut donc expliquer cette certaine inégalité entre le soignant et le patient.

On en arrive à aborder la question du « cure », qui signifie « *(soins, cure, traitement, guérison).* » [Worms, F, Marin, C, 2015,p.21]. Il s'agit d'un mot qui a une histoire, qui à évoluer, « *Au niveau le plus superficiel, le mot anglais cure, met en évidence un dénominateur commun entre pratique religieuse et pratique médicale.* » [Worms,F, Marin, C,2015,p.19].Selon Winnicott « *Je crois qu'a l'origine cure signifie care (soin, intérêt,*

attention). » [Worms,F,Marin,C,2015,p.21]. Donc cela prouve bien que le cure et le care sont associé, indissociable comme on pourra le voir plus tard avec les propos de Winnicott.

« Pour abonder dans le sens de Winnicott, le mot cure se retrouve en français et, paradoxalement, dans un sens proche de ce que signifie le care. Il faut rappeler qu'une cure, dans la religion chrétienne, est une population circonscrite, dont un ecclésiastique (un curé) a pour charge le soin des âmes qui la composent. En ce sens, le cure possède une notion spirituelle bienfaisante envers des personnes, tout comme le care renvoie au soin d'autrui. » [Morvillers,2015,p.78]. L'origine du mot « cure » est donc issue de la religion chrétienne et donc le cure et le care ont donc un sens proche ce qui les rend indissociable comme on le verra plus tard.

Cependant, « la pratique médicale montre que dans l'usage même du mot, il y a un écart entre les deux significations extrêmes. Cure au sens de traitement, d'éradication de la maladie et de sa cause, tend aujourd'hui à prendre le pas sur le sens du care (soin, intérêt, attention.) » [Worms,F, Marin,C, 2015,p.22]. Avec les progrès de la médecine, les traitements, les nouvelles techniques tendent à prendre le pas sur l'intérêt du patient. En fait, cela voudrait dire que la médecine d'aujourd'hui souhaite tout mettre en œuvre pour utiliser ses nouvelles technologies et techniques quitte à mettre le patient en danger mais surtout à ne pas le prendre en considération. On peut donc se poser la question de quelle est la place de la relation soignant-soigné à travers les nouvelles sciences médicales et technologies ?

Alors que la relation, l'attention aux patients est au cœur du soin et de notre intérêt en tant que soignant. C'est aussi le souci qui se pose dans les services de pointes où les technologies peuvent parfois être des limites à la relation soignant-soigné comme en réanimation où il y a tellement de machines, de technologie que parfois on a tendance à oublier cette attention que l'on doit porter au patient qui n'est pas seulement un corps à soigner. Winnicott se pose donc la question de « *Qu'est-ce que les gens attendent de nous, médecins, personnes soignantes, qu'attendons-nous nous-mêmes de nos collègues lorsque nous sommes immatures, malades ou vieux ?* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.23]. Cette question, en tant que soignant doit toujours rester à notre esprit, à savoir ce que le patient souhaite, de quoi a-t-il besoin ? qu'est-ce qu'il attend d'un soignant ? peut-être simplement qu'il est des connaissances et qu'il lui porte attention. Peut-être que le patient n'attend pas la même chose en fonction du grade du soignant, qu'il soit infirmier, médecin....

Aussi en tant que soignant, on doit se demander, qu'est-ce qui est le mieux pour le patient ? Qu'est-ce qu'on doit lui apporter et pourquoi on fait le soin ? L'intérêt en tant que soignant est de savoir pourquoi on fait les choses et pourquoi on les fait de cette manière ?

Pour Winnicott, « *ce qu'on attend donc de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous.* ». [Worms, F, Marin, C, 2015,p.23]. Pour le patient, il faut qu'il puisse compter sur le soignant, qu'il puisse s'appuyer sur lui et qu'il sache que le soignant doit être une personne accompagnante pour lui, guidant. « *On demande aux médecins, mais aussi aux infirmiers et aux infirmières et aux travailleurs sociaux, d'être humainement (et non mécaniquement fiables, on veut que cette fiabilité (cette possibilité de dépendre de nous) fasse partie de notre attitude générale.* »[Worms,F, Marin, C,2015,p.23]. Ce qu'on recherche dans le soin, mais surtout ce que recherche le patient est que le soignant lui apporte des informations fiables tout comme le médecin, c'est dans cette fiabilité que le patient aura confiance, s'il sent que les informations qu'on lui donne sont erronées alors il n'aura pas confiance aux soignants. On retrouve donc la notion de relation de confiance et de relation thérapeutique si le patient a confiance , on va pouvoir créer une alliance thérapeutique qui permettra d'avancer ensemble dans le soin. De même que lorsqu'on nous les infirmières nous faisons notre formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers , la fiabilité est le point clé de notre métier, on nous dit toujours que si on n'est pas sûr il faut vérifier avant de communiquer des fausses informations ou de faire des soins ou actes inutiles. Il faut toujours être fiable dans nos informations et notre attitude.

Pour Winnicott, « *C'est peut-être lorsque nous sommes nous-mêmes patients que nous voyons le mieux les défauts de nos confrères ; en même temps c'est lorsque nous avons été malades et avons guéri que nous savons le mieux ce que nous devons au corps médical.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.25]. Parfois lorsque l'on passe de l'autre côté de la barrière, que nous soignant , nous nous retrouvons à la place du soigné, c'est là où on voit vraiment ce qu'on attend du soignant, ses erreurs et c'est là où nous prenons conscience parfois de nos défauts en tant que soignant. Cette expérience en tant que patient nous permet donc de nous remettre en question et en quelque sorte de corriger notre attitude professionnelle à condition que l'on est une conscience professionnelle. De plus le fait d'être patient alors que l'on est soignant, nous amène donc à nous poser la question de ce que nous voulons de la médecine.

Dans la partie du Cure, Winnicott aborde aussi la question de hiérarchie par rapport à la place du soignant et à celle du patient. Pour lui « *Je peux être médecin, infirmier, travailleur social,*

surveillant-ou en l'occurrence, psychanalyste, ou bien prêtre. Cela ne fait aucune différence. Ce qui importe, c'est la relation interpersonnelle, avec toute la richesse et la complexité des nuances humaines que cela implique. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.27]. On retrouve comme précédemment la notion d'égalité entre le soignant et le patient, pour Winnicott il n'y a pas de personne supérieur ou inférieur. Pour lui on peut donc se poser la question « lequel des deux est malade ? »[Worms,F,Marin,C,2015,p.27]. Pour cela il faut donc bien comprendre la notion de maladie qui est au cœur du soin, à savoir qu'une personne malade est une personne qui va donc se retrouver dans une situation de dépendance où le soignant se trouve donc dans la position d'aidant, où il va devoir répondre aux besoins du patient, donc faire preuve d'intérêt et être fiable dans ses actions, d'où la notion de cure et de care. Pour Winnicott « *Le médecin, l'infirmier, toute personne soignante adopte naturellement une attitude professionnelle vis-à-vis du patient. Cela n'implique aucun sentiment de supériorité.* »[Worms,F,Marin,C, 2015,p.28]. Le soignant aurait donc cette capacité naturelle, cette attitude qui est professionnel de ne pas mettre le patient en situation d'infériorité.

Pour revenir à la notion de maladie et de savoir lequel du patient ou du soignant est malade, « *On pourrait presque dire qu'assumer la fonction de guérir les maladies est aussi une maladie .* » [Worms,F,Marin,C, 2015,p.28]. Ce que dit Winnicott est que le patient et le soignant sont tous les deux malades, le patient parce qu'il a une maladie réelle et le soignant parce qu'il a ce rôle de guérir et le fait de vouloir à tout prix guérir les patients est une maladie qui pourrait être chronique. Mais aussi le fait que le soignant est ce rôle, il est pourrait être décrit comme « un malade », un « fous » de vouloir s'occuper des malades et de vouloir à tout prix les guérir.

Le fait que le patient et le soignant sont considérés comme tous les deux malades , donne donc un point commun entre eux, ce qui lie en quelque sorte la relation que le soignant et le soigné ont , que l'on qualifie donc de relation soignant-soigné. Il aborde donc ce point commun entre soignant et soigné en disant que « *Nous avons besoin de nos patients autant qu'ils ont besoin de nous.* » [Worms,F,Marin, C,2015,p.28].A travers cette affirmation, Winnicott veut dire par-là que le patient qui est vulnérable a forcément besoin du soignant pour l'aider et il en est de même pour le soignant qui sans le patient ne peut pas exercer sa profession puisque à travers le mot soignant on retrouve le fait de soigner, prendre soin des autres donc pour cela il faut des personnes malades qualifiées de patients.

Winnicott aborde donc cette notion d'amour , « *Nous parlons d'amour, mais il faut que l'amour soit prodigué par des professionnels dans un contexte professionnel, alors le sens doit être bien explicité .* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.28]. Dans cette notion d'amour, ce n'est pas l'amour au sens premier qui est exprimé, ce n'est pas le fait d'entretenir une relation passionnel et amoureuse avec un patient mais le fait en quelque sorte de lui apporter de l'amour, c'est-à-dire une forme d'attention qu'on lui porte, c'est aussi la notion de fusionnel que l'on trouve puisque une relation soignant-soigné doit être construite sur des bases solides et de confiance donc en quelque sorte il s'agit d'une relation fusionnel puisqu'on est proche du patient.

Après Winnicott aborde donc les conséquences que cela peut avoir sur le soignant de prendre soin des autres, de traiter des maladies, qui sont les suivantes.

Tout d'abord, « *Nous ne nous comportons pas en moralistes* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.28]. C'est-à-dire que nous ne sommes pas là pour faire le moral au patient mais plutôt être là pour l'aider et « *le patient sait que nous ne sommes pas là pour le juger.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.29].

Ensuite, « *Nous sommes d'une honnêteté scrupuleuse, nous ne mentons pas, nous disons que nous ne savons pas quand nous ne savons pas.* » [Worms,F,Marin ,C,2015,p.29]. Par là on voit bien que dans notre profession même si on sait que l'on ne doit pas mentir au patient et faire preuve d'honnêteté parfois il y a des dépassements dans certains contexte comme dans lors d'un diagnostic négatif à un patient, parfois la famille s'y oppose pour ne pas qu'il y est de conséquence sur le patient et nous les soignant comment doit-on réagir, doit-on accepter de ne pas en parler au patient ? donc en quelque sorte de continuer de faire des soins comme si de rien n'était donc de lui mentir ou doit-on-t-on s'opposer à la famille et dire le diagnostic au patient même si cela est néfaste pour lui ?. En tant que soignant on se retrouve en permanence dans des dilemmes auxquels on doit faire face pour continuer de soigner.

Puis, il y a aussi cette notion de fiabilité , « *Ce qui compte, c'est que lorsque nous sommes professionnellement fiables, nous protégeons nos patients de l'imprévisible.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.29]. En tant que patient, ce qu'il recherche le plus souvent d'un soignant c'est sa fiabilité, c'est-à-dire de pouvoir compter sur le soignant, de pouvoir avoir confiance en lui mais aussi de savoir que le soignant lui donne les bonnes informations sur sa santé sans commettre d'erreur. Quand on se retrouve vulnérable, la seule chose que l'on souhaite c'est de pouvoir sortir de cette vulnérabilité et de reprendre sa vie comme avant. Le

fait aussi d'être fiable avec un patient participe à l'alliance thérapeutique car il sait qu'il peut en quelque sorte se reposer sur le soignant, compter sur lui.

Cette notion de fiabilité rejoint donc l'honnêteté car on si on n'est pas honnête on n'est pas fiable. De plus quand on est fiable, le patient sait aussi que certaine chose imprévisible peut arriver en dépit de la volonté du soignant et si le patient a une confiance et une fiabilité envers le patient alors cela sera moins difficile pour lui à accepter.

Enfin, « *Nous acceptons l'amour et la haine du patient, ils nous touchent, mais nous ne provoquons ni l'un ni l'autre.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.30]. Dans le soin et la relation avec le patient il y a forcément des choses qui se jouent, des émotions et des affects, cela va nous toucher mais on ne doit pas renvoyer au patient que cela nous touche ou nous affecte c'est-à-dire que si le patient est en colère on ne prend pas sa colère, on accepte juste ses émotions sans pour autant les prendre pour nous, cette notion fait apparaître là l'empathie qui est comme Carl Rogers la décrit « *est un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui, qui permet de devenir sensible aux mouvements d'affects qui se produisent chez ce dernier, tout en gardant la conscience d'être une personne séparée de lui* ». [Simon,2009,p.29]. En fait le soignant ressent les émotions du patient sans pour autant se mettre à sa place.

Le soin occupe une place particulière puisque « *le soin est tout entier ce à quoi nous nous remettons, ce sur quoi nous nous appuyons, ce en quoi nous plaçons notre confiance sinon notre « foi ».* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.40]. En tant que soignant le soin fait partie intégrante de notre profession puisque celle-ci tourne autour du soin. De plus pour prodiguer un soin il faut croire en son utilité sinon on ne peut pas pratiquer. En tant que soignant il faut croire en ce que l'on apporte au soigné en quelque sorte il faut croire en la médecine et ses progrès. Il faut toujours rechercher le but de notre soin, son intérêt.

Pour le patient, qui se trouve en situation de vulnérabilité, « *face à la destructivité de la maladie, le patient a besoin d'aide (et pas seulement d'un « remède ») pour résister à maintenir son identité.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.50]. En tant que soignant notre rôle dans la prise en charge d'un patient n'est pas seulement administrer des traitements sinon cela sera bien trop facile et dénaturera le soin puisque celui-ci suppose de créer une relation d'aide pour le patient en le soutenant moralement et parfois physiquement pour les soins par exemple d'hygiène. Il faut aussi se rappeler que la maladie a un fort impact sur le malade, généralement les personnes malades à qui ont annoncé un diagnostic de maladie curable ou incurable

s'effondre puisque la personne a des peurs , des doutes. Ce qui est associé à la maladie c'est la mort, on pense toujours à la mort quand on nous annonce une maladie. Alors pour que le patient en quelque sorte résiste à celle-ci et ne se retrouve pas dans une grande situation de dépendance, il a besoin de soutien pour que son identité soit maintenue, c'est-à-dire qu'il reste lui-même, qu'il continue à vivre « normalement » , même si l'on sait pertinemment qu'il y aura un avant et un après la maladie.

A travers cette maladie, « il *prend conscience de manière critique de son besoin de l'autre, comme principe soutenant, le réassurant dans une existence devenue fragile, incertaine et l'aidant à supporter l'intensité des affects que la maladie suscite.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.50]. Au début de la maladie il peut être difficile pour le malade d'accepter qu'il ait besoin d'aide, d'accepter cette vulnérabilité, de savoir que son état peut se dégrader à tout moment, cet avenir qui lui est incertain. Au fil du temps, le malade s'aperçoit qu'il a besoin du soignant pour l'aider mais cette acceptation vient aussi par le fait que le soignant lui prouve et lui montre qu'il peut lui faire confiance ce qui revient donc à créer une alliance thérapeutique ce qui ne se fait pas en un seul jour. Le patient sait alors qu'il peut compter sur le soignant pour l'aider moralement par rapport aux émotions et aux affects qu'il peut ressentir face à la maladie mais aussi physiquement avec la perte d'autonomie, le besoin d'aide dans les actes de sa vie quotidienne.

C'est donc la notion de dépendance et de fiabilité que Winnicott expose « *c'est-à-dire à la fois le besoin de dépendance et la capacité de certains à y répondre.* ». [Worms,F,Marin,C, 2015,p.50].

C'est ce que l'on a vu précédemment avec le fait que le patient soit dépendant et que le soignant ait la capacité de répondre à cette dépendance et à ce besoin d'aide.

Winnicott aborde aussi la notion de fiabilité, c'est-à-dire « *la rencontre d'un être fiable avec un autre être éprouvant le besoin d'être dépendant.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.50]. Le soignant qui est l'être fiable, par ses paroles et ses actes, le prouve donc au patient qui lui a un besoin d'être dépendant expliqué par la maladie et ses conséquences.

Winnicott pense la dépendance « *comme une demande d'aide émise par le malade que comme la reconnaissance par le soignant d'un besoin de l'autre. En fait on peut entendre de deux manières le besoin de dépendance que thématise Winnicott dans ce texte : à la fois le besoin*

des patients de pouvoir dépendre du soignant en tout confiance, mais aussi la manière originale, le besoin du soignant de prendre en charge des malades vulnérables et de donner ainsi une valeur particulière à sa propre existence. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.50-51]. cette notion de besoin de dépendance est donc double c'est-à-dire d'un côté le patient qui a besoin de la fiabilité et de la confiance du soignant pour lui laisser « sa dépendance » et le soin de s'en occuper et d'un autre coté le soignant qui lui doit pouvoir recueillir la dépendance du patient et de s'en occuper en montrant sa confiance, sa fiabilité au patient , c'est en quelque sorte pour le soignant une mission , qui est de prendre en charge des patients vulnérables qui ont besoin de lui , lorsqu'il a accompli sa mission cela est gratifiant pour lui, ce qui permet de lui donner des valeurs qui lui sont propre et qu'il lui permettent d'exister mais surtout de continuer à exercer sa profession.

Pour aborder un peu l'histoire du soin avec Winnicott notamment avec la notion de cure , « *Dans cure, il tisse le parallèle entre la mère qui permet à son enfant de se construire dans la dépendance et le médecin qui empêche que le patient ne se laisse engloutir dans une expérience particulièrement déstructurante.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.51]. La mère qui à cette fonction de mater son enfant, dans la profession d'infirmier, l'infirmière est aussi considérée comme en quelque sorte une mère pour son patient puisqu'elle va prendre soin du patient et aussi lui permettre d'accepter cette dépendance et de se reconstruire avec celle-ci. Au niveau de l'histoire du soin et de notre profession d'infirmière on retrouve aussi le fait qu'avant les infirmières étaient des religieuses donc ce métier était donc essentiellement féminin alors que maintenant les hommes exercent aussi ce métier même si c'est un métier davantage féminin.

Winnicott aborde le soin en le divisant en deux types, on retrouve le soin médical dans lequel la médecine y est au cœur et le soin maternel avec la relation soignant-soigné et les émotions et les affects qui s'y jouent.

« *L'analyse de la structure du soin médical retrouve donc celle d'un soin fondamental qui a présidé à notre construction et constitué « l'environnement facilitant », dans lequel nous avons développé nos capacité et notre identité* ». [Worms,F,Marin,C,2015,p.51-52]. Winnicott veut dire par-là, que le soin n'est rien sans la médecine, que pour sa structure il a besoin de connaissances médicales et scientifiques que nous avons acquis grâce à notre développement personnel dans un environnement propice à cela.

« Comme dans le soin maternel, la prise en charge de la dépendance suscite des affects particuliers de haine et d'amour que la médecine ne peut pas prendre en considération. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.52]. Dans cette phrase on comprend que la médecine reposerait donc essentiellement sur des connaissances médicales et scientifiques et que la relation avec le sujet ne fait donc pas partie de celle-ci. De plus le soin maternel repose donc essentiellement sur le « maternage », c'est-à-dire le prendre soin en prenant en compte l'autre avec ses émotions et ses affects. Par-là, le soin maternel lui est caractérisé par prendre en charge la dépendance comme une mère ferait pour son enfant et comme on a abordé ci-dessus.

« Si ces deux expériences du soin, maternel et médical, ne sont pas strictement superposables, elles doivent pourtant être appréhendés ensemble par le soignant. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.52]. Pour le soignant il doit bien-sûr avoir des connaissances médicales mais aussi des qualités humaines et relationnelles pour soigner le patient donc le soin maternel et médical vont ensemble même s'ils ont quelques différences. Winnicott insiste sur le fait que « C'est l'une des spécificités de l'approche de Winnicott que d'insister sur ce qu'il nomme les « identifications croisées » : il s'agit pour le soignant de se mettre dans la peau du patient (« in the other person's shoes ») pour s'adapter à la spécificité de ses besoins de dépendance. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.52]. Winnicott aborde là, la notion d'empathie, qui est une notion essentielle dans le soin et c'est une qualité professionnelle de l'infirmière. L'empathie correspond à la capacité de se mettre à la place du patient comme si on était lui , mais il ne faut pas oublier le « comme si ». Il fait donc le constat que l'empathie permet donc d'avoir un soin de qualité et donc de s'adapter au besoin du patient en matière de dépendance mais aussi aux autres besoins comme le besoin d'être pris en considération, d'avoir une prise en charge de qualité.

Winnicott aborde aussi une notion importante qui est la prise en compte du patient , « On ne peut soigner sans considérer ce vécu du patient. » [Worms, F,Marin,C,2015,p.53]. Le soin pour être prodiguer dans le respect du patient et en respectant les règles de déontologie, le vécu du patient doit être pris en compte car il va influencer la prise en charge et le déroulement du soin peut donc être totalement différent d'une personne à une autre selon ce qu'elle a vécu.

Dans le soin, le soignant va donc devoir s'adapter au patient qui se trouve en situation de dépendance et/ou de vulnérabilité, il a donc un devoir qui est de « protéger ses patients de l'imprévisible, c'est-à-dire de contrer le sentiment qu'a le malade de ne plus pouvoir compter

sur rien. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.53]. Le soignant doit se montrer fiable , rassurant envers le patient qui doit pouvoir lui faire confiance. Le soignant doit protéger le patient qui est vulnérable. On sait très bien que dans une maladie il y a forcément des moment « imprévus », « imprévisible », qui vont donc déstabiliser le patient. Le soignant est donc là pour en quelque sorte le préparer à cette imprévisibilité afin de le protéger ,lorsqu'elle celle-ci arrive et en quelque sorte qu'il l'accepte plus facilement et que cela est moins de conséquences sur le plan physique et psychologique pour lui.

Le soignant doit « Faire *en sorte que le malade, s'il ne sait pas à quoi s'en tenir, sache au moins sur qui il peut compter.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.53]. Ici c'est bien la notion de confiance qui ressort comme on a pu l'analyser précédemment.

Winnicott dénonce aussi le fait que si le soignant ne soutient pas le patient, il va y avoir des conséquences. « *C'est donc l'absence de ce soutien vivant dans l'histoire d'un patient qui permet de comprendre des difficultés à faire confiance.* ». [Worms,F,Marin,C,2015,p.55]. Le patient qui n'a pas de soutien de la part du soignant, qui ne se sent pas entendu et écouter ne pourra faire confiance aux différents professionnels de santé puisqu'il ne se sentira pas pris en compte et ne pourra donc pas créer une relation avec le soignant et établir l'alliance thérapeutique. Cela suppose donc que le soin doit prendre en compte l'autre.

« *L'accueil du soin ne va pas de soi. Des patients y résistent, s'y opposent violemment, refusent de s'inscrire dans une relation de dépendance, nient leur propre besoin d'être aidés, voire leur maladie elle-même. Le geste de soin doit être accueilli et pour cela élaboré conjointement. Il prend un sens spécifique (et une efficacité particulière) selon la manière dont il est accepté par le patient.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.55]. Le soin suppose d'être deux, le soignant et le soigné, lié et uni pour former ce que l'on appelle une relation de soin ou plutôt une relation soignant-soigné, où la confiance est au cœur de cette relation. Si avec le patient on arrive à créer cette relation , cette alliance thérapeutique, le soin peut avancer, il est donc bien accueilli par le patient qui a confiance en nous.

On ne peut pas prendre soin d'une personne qui n'arrive pas à accepter cela.

On voit donc « *ici se dessiner l'une des tensions essentielles au cœur de la relation de soin, tension entre le besoin du patient d'entrer dans la dépendance, c'est-à-dire dans une relation -où il peut-de manière essentielle sur le plan psychique et sur le plan vital s'en remettre*

*totale*ment à autrui, et à la difficulté qu'il éprouve parfois à faire confiance, selon sa propre histoire. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.55]. On retrouve ici une difficulté du soin mais surtout de cette relation soignant-soigné où l'on retrouve encore la notion de confiance ce qui prouve bien son immense importance dans le soin. Cette difficulté du soin mais surtout dans la relation soignant-soigné sera abordé plus en détails dans la partie suivante qui est dédié à la relation soignant-soigné.

Selon les propos Ilarie Voronca qui est un poète roumain, repris dans le livre de Claire Marin et Frédéric Worms : A quel soin se fier ? Conversation avec Winnicott, il nous dit que « *trois dimensions nécessaire à la relation humaine, particulièrement requises dans le travail du soin, et qui sont complémentaires : la parole, le temps, l'absence.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.59]. Dans le soin, la parole que ça soit avec le patient ou avec les autres professionnels de santé (transmissions) est essentiel pour une prise en charge de qualité. Le temps même si nous savons pertinemment que nous en manquons dans notre profession d'infirmière que ce soit par les contraintes institutionnelles, la technicité des soins ou la prise en charge de certains patients qui peut s'avérer compliquer, dans notre profession on doit prendre soin des personnes, répondre à leur demande même si parfois on est pris par le temps.

La relation est très importante car sans elle on ne peut pas prendre en charge une personne . Le fait de se montrer présent pour la personne est essentiel et surtout quand celle-ci souffre. C'est peut-être que quelques minutes auprès de la personne mais pour elle c'est énorme. Même si l'on sait que dans notre métier le temps est précieux et souvent on n'a pas le temps , il est important de prendre quelques minutes pour parler à une personne ou faire un soin et se montrer présent pour elle.

Enfin, l'absence, plusieurs sens sont possibles, pour nous en tant qu'infirmière on peut penser à l'absence de jugement par exemple qui ferait partie de nos qualités en tant qu'infirmière. « *Le soin est comme un travail de couture qui renoue le corps et la parole, le temps et le sens, et qui permet de composer avec l'absence en réinsufflant des forces de vie là où s'éprouve une mort intérieure.* [Worms,F,Marin,C,2015,p.60]. Par-là, l'auteur veut faire passer comme message que le soin a pour but de recoller le corps et la parole car lorsqu'on est atteints d'une maladie, le corps peut avoir subir des changements et donc ceux-ci impacté sur la parole du patient , entraîner des conséquences négatives sur le plan psychique. Le soin sert aussi à renouer

le temps, le temps accordé au patient mais aussi le sens c'est-à-dire quel est le sens du soin que l'on va prodiguer ? quel est le but pour le patient ? .

Le soin sert aussi à essayer de faire reprendre des forces au patient qui subit sa maladie, qui est démuni face à elle, cela lui permet de lui faire reprendre goût à la vie même si c'est difficile pour le soignant , le patient est en quelque sorte « mort de l'intérieur », en fait la maladie marque tellement un grand chamboulement dans la vie du malade, qu'elle amène le malade à se focaliser essentiellement sur elle et plus ce qui est autour, comme si le jour où on lui a annoncé le diagnostic de sa maladie, tout s'était figé à l'intérieur de lui.

Pour Winnicott « *Soigner jusqu'à tenir ensemble cure et care, faire en sorte que ne se disjoignent pas le soin et les soins, le corps et la cure, le traitement médical et l'attention portée à quelqu'un : pour le soignant, c'est être au plus clair possible sur son propre désir de soigner ; c'est revenir sans cesse à la source de ce qui fait le soin, qui n'appartient à aucun métier en particulier, mais les irrigue tous.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.62]. Cela revient à dire que le soin, le corps , le traitement médical et l'attention au patient sont tous associé et indissociable pour prendre soin. Le soignant pour être en mesure de soigner doit être conscient de ce que le soin engendre, il doit avoir cette vocation à vouloir soigner, cela doit faire partie de ses qualités personnelles mais aussi professionnels et il doit toujours avoir à l'esprit le but du soin.

Winnicott aborde aussi le fait que le soin ait plusieurs significations selon ses différentes spécialités.

« *De façon générale, le terme « soin » relève du versant somatique* ». [Worms,F,Marin,C,2015,p.63]. Donc c'est-à-dire qu'il relève du corps, de l'organisme humain.

« *Professionnalisé, le soin demeure attaché à la constellation médicale et au traitement de la maladie (organique).* » [Worms,F ,Marin,C,2015,p.63]. Cela signifie que le soin est principalement médical et qu'il a pour principal but le traitement d'une pathologie.

Cependant, si on prend une autre spécialité comme « *En psychopathologie, on parlera plutôt de thérapie ou de prise en charge (sauf en psychiatrie, c'est-à-dire là où la médecine, ou le souci du corps intervient), ce qui reconduit une opposition très problématique entre soma et psyché.* » [Worms,F,Marin,C,2015,p.63].

On voit bien que dans tous les cas dans le soin, le corps et l'esprit (le psyché) sont liés même si parfois la médecine prend le dessus puisqu'il faut qu'elle soit capable de traiter une maladie.

On voit aussi que suivant la spécialité le terme de « soin » sera différent mais dans tous les cas, cela signifiera la même chose. Cependant, on soulève une problématique entre l'association du corps et du psyché puisque selon les spécialités certaines vont plus intéresser à l'un ou à l'autre or quand le corps dysfonctionne c'est aussi l'esprit qui est impacté, il en est de même lorsqu'il s'agit d'un trouble mental, le corps petit à petit est aussi impacté par ce trouble.

« Les soignants sont les seuls en psychiatrie à devoir « toucher les gens ». » [Worms,F,Marin,C,2015,p.63]. Cela signifie en fait qu'en psychiatrie, les soignants touchent les patients dans le sens de leurs affects et non du corps puisqu'en psychiatrie les soignants sont amenés à faire prendre conscience des choses aux patients.

On voit donc bien que suivant le service et sa spécialité, « le soin s'organise dans des pratiques hiérarchisées et souvent ségrégatives : aux médecins la cure, aux soignants le care ; aux psychiatres , la thérapie, aux infirmiers le soin des corps. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.64]. Il est vrai que chaque professionnel de santé a un rôle auprès du soignant, le médecin lui est chargé de trouver un traitement afin d'enrayer une maladie, les soignants eux ont ce rôle de prendre soin ce qui est en général le rôle des aides-soignantes et des infirmières. Chacun a un rôle propre et pourtant il faudrait que chacun dans sa profession s'occupe autant du care , que du Cure, c'est-à-dire autant du traitement , que de la personne, ce qui parfois peut-être compliqué avec les contraintes de la médecine.

Pour revenir aux notions de Cure et de Care, « Comme Winnicott le souligne déjà en 1970, dans notre système de santé, le cure a de plus en plus tendance à prendre le pas sur le care. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.72]. Cette notion que le traitement prenne le dessus sur le soin est aujourd'hui encore d'actualité parfois on cherche trop à traiter une maladie mais on ne prend pas assez la personne en compte, on veut à tout prix la guérir et on en oublie la personne.

Pour expliquer cette hypothèse que le cure prend le dessus sur le care, « il est nécessaire de revenir aux conceptions qui sous-tendent la médecine. Or mon hypothèse est que le care et le cure peuvent être vus soit comme deux pôles séparés, voire antagonistes, soit comme s'articulant de manière parfois souple, parfois rigide, selon les moments et les situations. »

[Worms,F,Marin,C,2015,p.73]. L'hypothèse de l'auteur est donc selon les situations de soins et les moments soit le cure et le care sont dissociés , soit ils sont associés.

« Selon une première approche, la médecine comme « science appliquée » des maladies et des traitements. La technique et le savoir sont alors suffisants pour définir la figure du médecin : celle d'un expert « technicien » du cure. N'étant plus vraiment nécessaire à l'exercice médical, le care est confié avant tout aux paramédicaux, les infirmières et les aides-soignantes, considérées comme les vraies spécialistes du care. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.73]. Nous les professionnels paramédicaux serait-on spécialiste du prendre soin et pas les médecins ? cela pose la question de la prise en compte du patient par le médecin mais surtout, que représente le soin pour le médecin, qui est un expert en matière de traitement et de maladie ? Son but est-il uniquement de traiter une maladie sans s'intéresser au patient ? Dans la médecine, où se situe la place du malade ?

« Dans une seconde conception, la médecine est reconnue authentiquement comme ce qu'elle est, c'est-à-dire dans ce qu'elle fait. Elle est vue non pas comme une science des maladies et des traitements mais comme une pratique fondée sur un savoir et des valeurs, et ceci même dans le cas des spécialités les plus pointues et les plus « techniques ». Pour être plus juste empiriquement, il faudrait dire que l'exercice médical est constitué de pratiques fondées sur des savoirs , des valeurs et des techniques exercés avec et sur des patients. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.74]. La médecine pour être exercer à besoin que le médecin ait des connaissances, des savoirs qu'ils acquièrent lors de ses études et de ses diverses expériences mais aussi des valeurs mais il a surtout besoin de patients pour exercer son métier donc il a forcément besoin de prendre en compte et en considération ses patients puisqu'il exerce des techniques sur et avec des patients, donc à quelque part, on retrouve la notion de care.

« Cure et care sont des actes opératoires tant corporels qu'émotionnels, éthiques ou pragmatiques. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.74]. Le prendre soin et le traitement peuvent toucher au corps mais aussi à l'esprit (au psychique), ils vont bien-sûr engendré des émotions et pose donc des questions en matière d'éthique puisqu'il touche à l'être humain.

« Parce qu'elle est une pratique exercée sur une personne et orientée par un savoir, la médecine est vraiment indissolublement relation et technique, soin et traitement, care et cure. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.74]. Ici l'auteur contre dit ce qu'il a déjà exposé plus haut, c'est-à-dire que selon lui le fait que la médecine soit exercée sur une personne, le cure et le care sont

donc inséparable et même si le médecin est un technicien il a quand même des qualités relationnelles et le soin et le traitement vont aussi ensemble. Il en est de même pour nous les infirmières, même si on travaille dans des services où la technicité est de pointe on garde quand même à l'esprit des qualités relationnelles, si celle-ci disparaissent c'est alors que l'on devient seulement des exécutantes et que l'on ne recherche même plus le sens du soin et son objectif et qu'on ne s'intéresse plus au patient.

« Si selon les moments, le cure prend le pas sur le care, d'autres fois ce sera le care qui dominera, parfois en tension, parfois en complément. Mais l'un et l'autre sont intrinsèquement présent dans l'exercice de la médecine. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.74-75]. Une fois de plus, on voit que le care et le cure font partie de la médecine et donc du soin.

« Cette conception d'une « médecine pratique » ne nie pas la notion de « médecine scientifique », elle met plutôt l'accent sur son inscription dans des relations sociales. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.75]. La médecine malgré ses données scientifiques, son expertise en matière de santé inscrit donc aussi dans une relation soignant-soigné puisqu'en tant que médecin il doit aussi créer une alliance avec le patient.

« En d'autres mots, ce que fait un médecin en traitant une maladie, c'est avant tout soigner une personne malade, cela même lorsque le traitement est efficace, et plus lorsque la guérison n'est pas possible, ce qui montre bien que le soin médical ne se résume pas au traitement curatif. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.78]. On voit bien qu'un médecin prend en compte le malade puisqu'avant tout c'est lui qui veut soigner, c'est le malade atteint d'une maladie, il ne se focalise donc pas que sur la maladie puisque certaines maladies incurables, le médecin ne peut donc guérir le patient mais il fait tout pour rendre sa vie plus confortable donc le soin est donc là pas seulement curatif mais aussi centré sur la personne.

« Cette articulation du care et du cure est l'un des défis majeurs de ces prochaines années. Ce n'est qu'à cette condition que la médecine pourra être envisagée comme « une médecine soignante ». » [Worms,F,Marin,C,2015,p.78]. Aujourd'hui des progrès ont été faits pour que le cure et le care ne soit pas dissocié mais il reste encore certaines failles dans certaines situations et dans certains moments.

« Si la technique et le savoir sont nécessaires et suffisant pour esquisser la figure d'un expert du cure, ils doivent être complétés par d'autres valeurs et d'autres compétences pour

promouvoir un médecin authentiquement soignant, un cure carer. » [Worms,F, Marin,C,2015,p.79]. Par-là, on se rend bien compte que le soin suppose bien-sûr de la technicité mais aussi un savoir. Mais pour acquérir tout cela et caractérisé le soin il faut aussi des valeurs pour être capable de soigner. Quand l’auteur aborde la notion de Cure-care, cela caractérise une personne capable à la fois de traiter une maladie et à la fois de prendre soin, ce qui devrait être une valeur chez tous professionnels de santé prenant soins des personnes.

« Une technique de traitement ne peut se fonder que sur une philosophie du soin, une philosophie tout à la fois épistémologie et éthique : « le care cure comme devise de notre profession », dit Winnicott. C’est à cette seule condition qu’elle peut être opératoire médicalement, cure et care indissociablement. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.79]. Le soin englobe donc à la fois le cure qui est le traitement et à la fois le car qui est le prendre soin et ses deux notions sont donc indissociables car bien que l’on traite une maladie on est obligé de prendre soin de la personne, comme une personne, un être humain avec une histoire, des valeurs. Dans notre profession en tant qu’infirmière, il ne faut jamais perdre à l’esprit de toujours d’interroger sur ce que l’on fait et pourquoi on le fait et toujours prendre en considération le patient et ne pas laisser la technique prendre le dessus sur la relation ce qui peut être parfois compliqué dans certains services où la technique est de pointe comme par exemple en réanimation, de plus dans ses services il y a d’autres contraintes qui peuvent impacter la relation soignant-soigné car généralement les patients prises en charge dans ses services sont des patients généralement dans des coma et la communication est donc différente et peut influencer la relation soignant-soigné.

Winnicott aborde aussi une notion du soin qui est le holding, *« Le holding consiste à offrir un environnement physique à l’enfant dans sa période d’immaturité psychique et physique. »* [Worms,F,Marin,C,2015,p.82]. A travers cette notion, Winnicott veut faire ressortir la notion de fonction maternante du soin, en fait il veut comparer la relation professionnelle qui unit le soignant et le patient à la relation de l’enfant unit à ses parents.

« La holding commence bien avant la naissance, dans l’utérus maternel où le fœtus trouve une enveloppe physique propice à son développement. Il continue dans les bras de ceux qui soignent, dans la relation corporelle dont la psychanalyse winnicottienne fait le foyer du développement de la pensée réflexive de l’enfant » [Worms,F,Marin,C,2015,p.83]. Par-là, Winnicott veut caractériser tous les soins du nourrisson, du bébé qui vont l’amener à développer

son intellectuel, le holding renvoie en fait aux soins prodigués par le père et la mère à l'enfant. C'est ce qui va donc constituer la relation familiale qu'entretient l'enfant avec ses parents. Tous ses soins vont donc lui permettre de se développer et de pouvoir découvrir le monde.

« Inséparable de l'état de préoccupation psychique du soignant, le holding est exemplaire d'un faire qui ne relève pourtant pas d'un savoir-faire. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.84]. Le holding est donc quelque chose qui est censé être naturelle chez une personne puisqu'il débute au début de la vie fœtale et se poursuit toute la vie. Chez les soignants, le holding représente donc les soins dispensés par le soignant pour le développement soit de l'enfant ou pour préserver l'autonomie du patient.

« La tradition positiviste associe le pouvoir au savoir : l'efficacité technique est selon elle assimilable à une démarche rationnelle contrôlée fondée sur des connaissances scientifiques préalables. Le cure-remède (distingué par Winnicott du care-cure, soin-traitement) en est l'application médicale. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.84]. Une fois de plus pour acquérir de la technique il faut avoir des connaissances médicales et scientifiques. Winnicott distingue d'un côté le cure remède qui est le traitement destiné à soulager les maux du patient et d'un autre le care-cure qui est le soin, le traitement qui passe par le prendre soin.

« Le holding est au contraire une technique de soin enracinée dans la vie. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.84]. Le holding fait partie de la vie puisqu'il est présente déjà avant la naissance et se poursuit tout au long de la vie.

Le holding, fait penser dans notre profession infirmière au fait d'être « fait ou non pour soigner les personnes », souvent on entend dire que pour être soignant il faut être « fait pour ça », c'est-à-dire avoir des valeurs et des compétences pour exercer ce métier mais souvent on associe cela au métier, souvent on dit qu'il faut être vraiment passionné pour faire ce métier car on est confronté à énormément de choses, la mort, la souffrance.... Mais il est important de rappeler pour nous les infirmières qui aimons notre métier que malgré la souffrance, la mort, les difficultés il est rempli de choses positives et nous apporte énormément de choses au quotidien.

C'est ce que l'auteur dit lorsqu'il aborde la notion d'apprentissage du care chez les étudiants en soins infirmiers, *« Cette crainte d'un envahissement du care par le cure est souvent renforcée par la représentation selon laquelle le care ne s'apprend pas comme le cure, soit que l'on rattache cette capacité à une sorte de « fibre » ou de « nature » (par exemple féminine), soit*

qu'on renvoie la genèse de cette compétence aux premiers moments de la vie d'un individu, qui n'a dès lors pas ou plus de prises sur ce processus réglé en amont.» [Worms,F,Marin,C,2015,p.112]. Dans notre profession on craint toujours que la technique prenne le dessus sur le soin et surtout le patient. On sait très bien que les qualités et les valeurs relationnelles que nous avons en tant que soignants ne s'apprennent pas comparé à la technique. Tout le monde est capable de réaliser un soin technique si on lui montre mais tout le monde n'est pas capable d'analyser le but du soin et surtout d'avoir cette bienveillance auprès du patient.

« Le psychanalyste parle d'une propension « naturelle » à répondre aux besoins des malades qui serait présente chez certains soignants, tandis que d'autres sont que « médiocrement capable » de se mettre à la place de leur patient. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.112]. On en revient à la notion de holding qui rend le soin naturel puisque le holding est présent dès le plus jeune âge. Cependant dans notre profession, on voit bien que certains soignants ont plus de capacité que d'autres d'entrer en relation avec le patient, ce qui peut parfois impacter le soin. Winnicott évoque bien cette notion de fibre naturelle du soignant de répondre aux besoins du soignant, certains s'y opposeront en prétextant que ses lors des études que l'on apprend ses valeurs et se savoir être, peut-être qu'ils ont raison mais avant de s'engager dans une formation paramédicale il faut déjà se poser la question « pourquoi on veut faire cette formation qui va nous former à ce métier ? » parce que souvent on répond « parce qu' j'aime le contact avec les personnes », alors qu'il n'y a pas que le métier d'infirmière où on est en contact avec les personnes. Il faut donc vraiment faire état des lieux de ses valeurs et ce que l'on cherche à travers ce métier.

« Ensuite, la capacité à être soignant serait intimement liée à l'expérience d'être soigné. » [Worms,F,Marin,C,2015,p.112]. En tant que soignant, quand nous même on se retrouve à la place du soigné, c'est là où l'on prend conscience du soignant que l'on souhaite être ou ne pas être, car quand on se retrouve de l'autre côté de la barrière, en tant que soigné, on peut observer les comportements de certains soignants qui sont parfois très désagréables et on se dit que on ne veut pas faire cela à nos patients. De plus le fait d'être en position de soigné peut aussi nous faire prendre conscience de comment on s'occupe et on prend soin de nos patients et parfois c'est dans ces moments-là que l'on prend conscience que notre pratique ne va pas et donc une fois de nouveau à la place du soignant on va pouvoir améliorer cela.

De plus en tant que soignant, on a souvent à l'esprit quand on prend en charge une personne de se dire « si j'étais à sa place j'aimerais bien que l'on fasse ceci ou cela pour moi », c'est donc l'empathie qui permet donc en quelque sorte de se mettre à la place de l'autre et de faire le mieux pour le patient comme nous le souhaiterons si un jour on se retrouve à sa place, sachant que l'on ne peut pas se mettre réellement à la place du patient on ne peut que s'imaginer ce qu'il vit.

Pour clôturer cette partie sur le soin, « *Nous avons tous besoin à un moment ou un autre de quelqu'un sur qui compter, de la même manière que nous pouvons nous aussi jouer ce rôle pour autrui.* » [Worms,F,Marin,C ,2015,p.51]. Cela veut dire que les patients ont autant besoin de nous que nous avons besoin d'eux , c'est ce qui caractérise la relation soignant-soigné qui va être développé dans la seconde partie de ce travail.

3.2.La relation soignant-soigné

3.2.1. Généralités sur la relation soignant-soigné

En tant que soignant, nous sommes en relation permanente avec le patient comme le cite Alexandre Manoukian : « *Les équipes soignantes, par leurs fonctions dans les services hospitaliers entrent en relation avec les malades de façon intime et souvent prolongés.* » [Manoukian, A, 2014, p. 3]. Les professionnels de santé du fait de leur fonction rentrent en contact avec le patient au plus près de lui puisque le soignant entre en contact de façon intime avec le patient, qui est en souffrance psychologiquement ou physiquement. Le patient doit donc accepter de livrer son intimité au soignant.

Le fait de devoir entrer en relation avec le patient suppose donc que le soin est avant tout relationnel puisqu'« un soin malgré *« l'importance de certains gestes, de certaines attitudes[...], en premier lieu, avant d'être exploit technique, relation humaine* »[Marin,2013]. Le soin n'est pas seulement technique, il est aussi relationnel. Pour nous les professionnels dans notre métier on a besoin ,d'être capable de réaliser certains gestes techniques mais on a surtout besoin d'avoir du relationnel avec le patient, c'est ce qui représente le soin sinon alors on est de simples exécutants, on réalise donc des actes techniques de manière robotisé sans tenir compte de la personne.

Pour qu'une relation soit qualifiée de relation soignant/soigné, il « *faut au minimum deux personnes* » [Manoukian, A, 2014, p. 3]. Dans notre cas en tant qu'infirmière, il y a dans la relation soignant/ soigné, l' infirmière et le soigné qui est le patient. Dans notre milieu professionnel, « *les raisons ou les objectifs des relations, dans le milieu hospitalier, sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné.* » [Manoukian, A, 2014, p. 3]. Toute la relation soignant/soigné est centré autour du soin qui peut être un soin ou acte technique mais aussi de confort. De plus les soins peuvent être directement lié au corps ou d'autres peuvent être lié au psychisme.

La relation soignant/soigné se fait donc à travers différents moyens « *tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes mais aussi ce que l'on appelle les « accessoires.* » » [Manoukian, A, 2014, p. 3] . Pour rentrer en relation avec le patient on utilise donc la communication verbale avec les mots mais aussi la communication non verbale, c'est-à-dire les mimiques du visage, les attitudes mais aussi à travers la blouse du soignant puisque

celle-ci met donc entre le soignant et le patient une distance et elle représente donc l'image du soignant mais on peut donc se poser la question pour le patient de savoir ce que représente la blouse pour lui ? est-ce qu'elle marque une supériorité du soignant d'un point de vue hiérarchique ? ou alors est-ce qu'elle représente un héros ? qui pourrait le sauver.

Du point de vue des accessoires du soignant, il y a d'une part la blouse mais d'autre part les accessoires qu'il utilise tel que le tensiomètre , les ciseaux... , « *Chacun de tous ces éléments apporte une information à partir de laquelle un message particulier sera perçu par le patient.* » [Manoukian, A, 2014, p. 4]. On peut donc se poser la question de « comment le patient perçoit-il les différents accessoires du soignant ? et qu'est-ce que cela provoque-t-il chez lui ? ».

Dans la relation soignant-soigné, il se joue donc l'habilité relationnelle qui « *consiste à pouvoir interpréter ces éléments comme des supports d'informations qui formeront le sédiment de la relation soignant-soigné.* » [Manoukian, A, 2014, p. 4]. La relation soignant-soigné se forme grâce à tout ce qui est échangé avec les patients, que ce soient des paroles, des sourires, des grimaces, des regards.

Dans notre profession, la relation soignant-soigné peut être de différente manière et surtout perçue de différentes façons selon le patient, « *demander , par exemple, à un malade de se déshabiller peut-être reçu comme un ordre, une suggestion, une demande, une proposition... et cela dépendra du type de relation que le soignant établit.* » [Manoukian, A, 2014, p. 4]. Selon la relation que l'on entretient avec le patient, il se jouera différentes choses , à savoir si le patient a confiance au soignant peut-être que cette relation sera donc facilitée surtout lorsqu'il s'agit de soins intimes. Cependant, si le patient ne connaît pas le soignant, n'a pas confiance en lui alors cette relation sera plus difficile et il ne se jouera pas la même chose. Le patient acceptera la demande du soignant ou alors il la prendra comme une agression, un ordre, dans ce cas, il se sentira soumis au soignant.

« *De même que tout geste ou attitude du malade facilitera ou inhibera la relation soignant-soigné.* » [Manoukian, A, 2014, p. 4]. La relation soignant-soigné est à double sens c'est-à-dire que d'un côté il y a le soignant qui communique des choses et d'un autre la malade qui communique des choses au soignant, c'est ce qui permet de constituer la relation, cependant cela fait partie du rôle du soignant d'entrer en relation avec le patient ce qui n'est pas toujours bien accepté par le malade car lui se retrouve en situation de vulnérabilité et parfois n'a pas l'envie de communiquer avec quelqu'un qui lui est inconnu alors selon l'attitude que le malade

aura avec le soignant cela va donc faciliter ou inhiber cette relation car le soignant va donc percevoir et interpréter ce que lui renvoie le malade.

Pour revenir à la notion de rôle du soignant, comme on l'a précédemment évoqué, dans la relation soignant/soigné, chacun à son rôle. « *Dans une relation entre deux individus, il y a habituellement une complémentarité de rôles.* » [Manoukian, A, 2014, p. 11]. C'est-à-dire que le rôle du malade et complémentaire avec le rôle du soignant, afin que tous les deux puissent communiquer, ce qui caractérise la relation soignant-soigné. Cependant, « *il nous reste à parler d'un rôle particulier qui n'en demeure pas moins important : le rôle de malade. Il désigne bien la place d'un individu dans un groupe.* » [Manoukian, A, 2014, p. 14]. Ce rôle de malade est important mais surtout il se joue principalement à l'hôpital avec d'autres patients et des soignants.

Enfin, « *le rôle du soignant est soumis à la loi de non-réversibilité à un moment donné.* » [Manoukian, A, 2014, p. 15]. C'est-à-dire une fois que l'on est soignant, on ne peut pas revenir en arrière, il faut assumer ses responsabilités. Ce rôle est donc « *inscrit dans une pyramide hiérarchique dont les diplômes sont les garants de compétences et de savoir.* » [Manoukian, A, 2014, p. 15]. Dans notre profession d'infirmière celle-ci est régit par un diplôme d'état qui est garants de nos compétences et de ce que l'on a acquis tout au long de cette formation à travers la théorie mais aussi la pratique. Selon le diplôme que l'on a, nous ne sommes pas au même niveau de la pyramide hiérarchique.

On peut donc aussi se poser la question de savoir si nos compétences et nos savoirs dépendent exclusivement d'un diplôme ? ou si le savoir repose seulement sur le diplôme ou peut-il venir d'ailleurs ?

Cependant, « *Cette hiérarchie distribue les compétences mais aussi les responsabilités de chacun.* » [Manoukian, A, 2014, p. 15]. C'est-à-dire que selon où on se place au niveau de la hiérarchie on n'aura pas les mêmes compétences ni les mêmes responsabilités, par exemple, l'infirmière n'a pas les mêmes compétences et responsabilités qu'un médecin qui se trouve dans une catégorie supérieure à l'infirmière.

Du fait de cette hiérarchie, on retrouve donc que le rapport avec le patient dans la relation soignant/soigné n'est pas le même, c'est ce que l'auteur fait ressortir : « *le rapport de proximité avec le malade est souvent inversement proportionnel à la place de la hiérarchie hospitalière. Ainsi, le soignant passe beaucoup plus de temps auprès de ses patients que le médecin-chef.* » [Manoukian, A, 2014, p. 15]. On retrouve bien que malgré la place hiérarchique à laquelle on

appartient, le rapport avec le patient n'est pas le même, le médecin lui ne passe pas beaucoup de temps au chevet du malade alors que l'infirmière y passe plus de temps alors qu'elle n'a pas forcément plus de temps que le médecin. On peut donc se poser la question de pourquoi selon la place hiérarchique, la relation soignant-soigné n'est pas la même ? et que malgré le manque de temps qu'est ce qui fait que l'infirmière passe plus de temps auprès du malade que le médecin ? Pourtant, que ce soit l'infirmière ou le médecin, ils ont tous les deux besoins de voir le malade et de communiquer avec lui pour pouvoir poser des diagnostics et adapter leur prise en charge.

Cependant, le fait que le médecin parfois voit très peu le malade peut parfois avoir des avantages et des inconvénients comme « *des difficultés de compréhension entre le malade et le médecin peuvent faciliter certaines relations soignant/soigné.* » [Manoukian, A, 2014, p. 15]. Le malade en cas d'incompréhension de certaines choses que le médecin lui a expliquer va donc se tourner vers l'infirmière pour avoir des explications peut être plus claires, plus adapter à lui, l'infirmière va donc reformuler pour savoir ce qu'il a compris et va donc se servir de cela pour orienter ces explications, ce qui peut donc permettre au patient de voir que l'infirmière est à son écoute et prend donc le temps de lui expliquer les choses ce qui permet donc au patient de voir que l'infirmière le prend en compte et permet donc de créer un climat de confiance puisque si le patient voit que l'infirmière est accessible, disponible, impliqué dans sa prise en charge il va donc se laisser guider, se sentir en sécurité, ce qui va donc faciliter la relation soignant/soigné et même créer l'alliance thérapeutique.

Par conséquent, dans la fonction de l'infirmière auprès du patient, « *la qualité relationnelle est primordiale.* » [Manoukian, A, 2014, p. 15]. Pour que la relation soignant/soigné se déroule dans de bonne condition, pour une prise en charge optimale, il faut donc que l'infirmière est des qualités relationnelles afin de montrer au patient sa disponibilité, son écoute, sa confiance. Malgré tout la relation soignant-soigné reste complexe, puisque « *c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation.* » [Manoukian, A, 2014, p. 5]. On s'est pertinemment que lorsque l'on communique avec une personne il y a des choses qui se jouent et qui ne sont pas forcément perçus de la même manière chez les deux personnes. Pour communiquer on utilise son corps c'est-à-dire la parole mais aussi tout ce qui est de la communication non verbale à savoir les expressions du visage mais aussi tous ce qui relève des

émotions et de l'affect, ce qui rend donc complexe la relation soignant-soigné puisque selon la personne, elle ne ressentira pas les mêmes émotions et ne sera pas affecté de la même manière. Dans la relation soignant/soigné, « *l'affectivité est l'élément central. Nous pouvons dire qu'elle est au cœur des relations soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire.* » [Manoukian, A, 2014, p. 5]. On retrouve dans la relation soignant/soigné forcément de l'affect qui aura donc différents rôles. Celui-ci va donc dépendre du soignant et du soigné de comment ils perçoivent l'affect et de ce qu'ils en font à travers ce qu'ils communiquent.

En fait, la relation « *c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires.* » [Manoukian, A, 2014, p. 5].

Dans la relation à l'autre, il faut bien sûr tenir compte de l'autre en sachant qu'il a son propre caractère, qu'il a une manière de penser différentes de la nôtre et qu'il a sa propre histoire.

Par rapport à cette relation plusieurs facteurs peuvent intervenir dans l'établissement de la relation, à savoir les facteurs psychologiques qui sont associés aux valeurs personnelles, aux émotions, aux désirs, il y a aussi les facteurs sociaux à savoir l'âge, la catégorie professionnelle, la culture de la personne, enfin, il y a les facteurs physiques qui sont caractérisés par l'aspect physique de la personne et ses propres perceptions.

Ce qui va permettre d'établir une relation et de lui donner du sens, c'est « *son contexte qui permet à chacun d'en déduire un sens.* » [Manoukian, A, 2014, p. 5]. Selon où la relation s'établit, son sens et son intérêt ne sera pas le même, à savoir, par exemple, « *l'intérêt que l'on porte dans un service hospitalier n'implique pas forcément que l'on crée des liens d'amitié avec lui. Les paroles et les gestes de réconfort ou d'encouragement se développent dans une relation de soins qui pose le cadre de son bon déroulement.* » [Manoukian, A, 2014, p. 5]. Ce n'est pas parce qu'on s'intéresse au patient que l'on va créer une relation d'amitié puisque la relation de soins même si elle peut être très forte entre un soignant et un soigné ne ressemble pas à de l'amitié, elle ressemble plus à une alliance thérapeutique et une relation de confiance. Suivant ce que va engager cette relation de soins, c'est ce qui va permettre de poser un cadre. La relation de soins est basée sur du réconfort, de l'encouragement, du soutien. On reviendra plus tard dans cette partie sur l'hypothèse « la relation de soins, peut-elle être une relation d'amitié ? ».

Cependant, parfois il y a des situations relationnelles qui peuvent être difficiles, « *Malgré la qualité des soins ou la compétence des soignants, il arrive que l'on soit mis en difficulté par des patients ou des familles.* » [Manoukian, A, 2014, p. 5]. Le soignant peut donc se retrouver en difficulté dans certaines situations car ces émotions et son affect peut être mis à rude épreuve, de plus le soignant à lui aussi son caractère, sa manière de penser et de faire et aussi son histoire ce qui peut donc dans certaines situations de soins le renvoyer à sa propre histoire, ce qui peut le mettre en difficulté. Le soignant fait donc un transfert sur lui de la situation du soigné.

Mais aussi du côté du soigné, cette relation de soins peut être difficile car parfois « *leur malaise, la peur du handicap, leur angoisse ,parfois la brutalité de l'hospitalisation, leur histoire et les événements de leur vie dont nous ne sommes pas au courant peuvent aller jusqu'à entrainer un refus du réconfort, de l'aide ou des soins que les soignants s'apprêtent à fournir au malade ou à sa famille.* » [Manoukian, A, 2014, p. 5]. C'est ce dont , nous avons abordé plus haut, à savoir les différents facteurs qui vont permettre d'établir une relation avec le soigné et comme le soignant, le soigné lui aussi à son propre caractère, sa propre manière de penser et sa propre histoire qui font que parfois le fait de rentrer en contact avec le soignant ou d'être hospitalisé peut leur renvoyer à certains événements déjà vécus et donc créer des mécanismes de défenses.

Le fait qu'un patient en quelque sorte rejette le soignant et donc qu'il est du mal à établir une relation avec le soignant, peut donc engendrer un découragement de la part du soignant et une remise en question sur ses pratiques et sur ce qu'il aurait pu faire pour améliorer cette relation avec le soigné et faire au mieux pour qu'elle se déroule le mieux possible.

Pourtant , le soignant est souvent confronté à ses situations difficiles, ce qui « *forcent les équipes à développer des attitudes relationnelles adaptées, car au-delà des oppositions, un sens peut toujours être trouvé et permettre de faire évoluer la situation.* » [Manoukian, A, 2014, p. 6]. Cela veut dire qu'il faut que le soignant s'adapte à la personne, qu'elle accepte que la personne puisse avoir du mal à communiquer avec lui et à s'ouvrir. Pour cela le soignant doit se questionner sur la raison du comportement du soigné et doit donc adapter sa posture pour établir une relation avec lui. Malgré tout une relation qu'elle soit en opposition ou pas à toujours un sens.

Pour établir donc la relation quand il y a des difficultés, « *à ce moment-là, la relation devient une véritable négociation.* » [Manoukian, A, 2014, p. 6]. On peut donc se poser la question de savoir pourquoi il faut négocier. « *L'origine étymologique du mot « negoce » est neg, qui*

marque la négation, et *otium* qui signifie « loisir », c'est-à-dire travailler (« comme dans l'expression *faire du négoce* »). « Dire qu'être en relation revient à négocier souligne combien cette opération apparemment simple est laborieuse et exige une certaine compétence. » [Manoukian, A, 2014, p. 6]. Dans la relation de soins, le soignant doit négocier avec le soigné surtout quand la relation devient difficile. La négociation va donc permettre d'essayer de rentrer en relation avec le soigné et d'avancer petit à petit. La négociation va donc passer dans un premier temps par un compromis avec le soigné.

Mais cette négociation n'est pas si simple, ce qui va donc amener le soignant à se remettre en question, à trouver des moyens afin de communiquer avec le soigné pour améliorer la relation. Dans la relation soignant-soigné, il y aussi un autre critère à prendre en considération à savoir les changements qui ont eu lieu dans la société et par les lois.

Tout d'abord, on peut voir que « *le rapport à l'autorité que représentait un soignant a changé. Le rapport du savoir aussi.* » [Manoukian, A, 2014, p. 6]. Le soignant de nos jours perçoit l'autorité et le savoir différemment d'avant car la société a changé et les mœurs ont évolué. Aujourd'hui, « *la confiance n'est plus au rendez-vous ou bien l'est-elle trop car aujourd'hui, l'attente des patients est immense comme le souligne Marin.* » [Manoukian, A, 2014, p. 6]. Les patients n'attendent pas seulement de pouvoir faire confiance au soignant mais ils ont d'autres attentes comme un savoir, une disponibilité, une écoute de la part du soignant mais surtout un besoin d'être pris en charge rapidement.

En revanche, de nombreuses lois sont venues apportées des changements, par exemple, « *celles du 9 juin 1999 sur les soins palliatifs, celle du 4 mars 2002 sur le droit des malades et de leurs familles, celle enfin du 22 avril 2005 sur la fin de vie. A cela s'ajoute la charte de la personne hospitalisée que l'on retrouve dans tous les établissements .* » [Manoukian, A, 2014, p. 7]. Toutes ces lois ont donc permis une meilleure considération du patient, donc si on prend plus en compte le patient, la relation soignant-soigné peut être que meilleure puisqu'on intègre totalement le patient. De plus les droits du patient sont définis et permette donc qu'il soit libre de ses choix.

Tous ces textes de lois « *insistent sur les notions centrales du respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité.* » [Manoukian, A, 2014, p. 7]. Toutes ces notions citées précédemment font partie de la relation soignant-soigné et leur respect permet donc de renforcer celle-ci et d'obtenir une confiance de la part du soignant et donc une alliance avec lui qui est l'alliance thérapeutique.

« C'est ainsi que les établissements de soins ont mis l'accent sur l'accueil des patients et des familles, sur l'écoute et le réconfort des personnes en souffrance »[Manoukian, A, 2014, p. 7].

Le fait de prendre en compte le patient mais aussi sa famille fait aussi partie de la relation soignant-soigné car la famille peut être aussi impliqué dans une relation avec le soignant puisqu'elle peut être un élément important pour le soignant et peut l'aider à orienter sa prise en charge.

Une autre notion est importante dans la relation soignant-soigné, nous avons précédemment abordé les différents changements dans la société et les lois mais il y a aussi l'éthique du soin.

L'éthique ne permet pas de donner des protocoles ou des procédures à suivre, elle permet de se questionner sur sa pratique , *« cette démarche n'est jamais théorique, elle sera toujours inscrite dans une relation, entre un patient(ou/et sa famille) et un soignant (ou/et son équipe). »*

[Manoukian, A, 2014, p. 7].L'éthique ne permet pas d'apporter la théorie, on va réfléchir sur certaines situations de soin entre un soignant et un soigné afin d'analyser la pratique.

L'éthique *« n'a pas de valeur absolu ou universel, car elle s'attache au singulier de l'individu et dans ce sens rejoint très logiquement la bientraitance ainsi que la relation d'aide car comme elle, elle met l'accent sur le particulier et non le général, sur la personne et non sur la maladie, sur le vécu et non sur les données biologiques. »* [Manoukian, A, 2014, p. 7]. La relation soignant-soigné et l'éthique se rejoignent puisque dans la relation soignant-soigné elle est unique pour chaque personne, elle sera différente entre chaque individu et l'on met l'accent sur le patient, sur son ressenti, son vécu, ses émotions. C'est une prise en charge individualisée et globale du patient. La personne est singulière comme dans l'éthique et la notion de bientraitance ressort car quand on a des réflexions éthiques on réfléchit de manière bientraitante à une situation d'un patient, ce qui serait le mieux pour lui , il en est de même dans la relation soignant-soigné, on prend en compte le patient en faisant preuve de bientraitance.

De plus *« En outre, la réflexion éthique a insisté sur une donnée fondamentale du soin, la relation. Un soin s'inscrit dans une relation, mais, prudemment ne vise pas l'autonomie absolue du sujet. »* [Manoukian, A, 2014, p. 7]. Un soin se fonde donc en établissant une relation avec l'autre mais celui-ci ne vise pas que l'autonomie du sujet, il a aussi d'autres fonctions tels que le confort, la sécurité.

3.2.2. La relation triangulaire

Dans notre profession, on nomme la relation que l'on entretient avec le patient de triangulaire, car il y a trois principaux acteurs dans cette relation, à savoir le soignant, la famille et le soigné. Parfois à la place de la famille on peut mettre la maladie et par conséquent la famille est regroupée avec le patient.

« La présence de trois partenaires ou groupes de partenaires autour de préoccupations partagées induit une répartition mouvante des jeux relationnels que sont l'alliance et l'opposition. » [Manoukian, A, 2014, p. 31]. Dans la relation que l'on entretient en tant que soignant avec le patient ou la famille, il se joue deux notions importantes soit l'alliance, soit l'opposition parfois les deux peuvent avoir lieu.

Dans cette relation triangulaire, il se joue donc soit l'alliance, soit l'opposition, *« Nous entendons par alliance toutes les stratégies qui vont pousser à s'entendre, à partager un avis, à s'attacher à un même objectif, à partager les mêmes sentiments. »* [Manoukian, A, 2014, p. 31]. Grâce à cette alliance qui est établie que ça soit du côté du soignant avec le patient et/ou sa famille ou bien du côté du patient et de sa famille avec le soignant permet donc d'avancer ensemble avec un but commun, une prise en charge optimale du patient. Si on s'allie et on avance ensemble on peut donc créer une alliance thérapeutique qui sera donc une relation de confiance entre le soignant, le patient et sa famille.

En revanche, parfois dans la relation soignant-soigné, se joue l'opposition qui est définie par *« toutes les stratégies où s'exerceront les dissensions, les rivalités, les jalousies. »* [Manoukian, A, 2014, p. 31]. L'opposition dans la relation soignant-soigné est un frein à celle-ci puisque les opinions des acteurs s'opposent, les personnes ne sont pas d'accord entre eux, ce qui crée un climat de tension et ne permet donc pas une relation soignant-soigné optimale et donc une alliance thérapeutique. Pour faire face à ces situations, on devra donc utiliser la négociation comme on l'a vue précédemment pour arriver à créer un climat de confiance et avancer dans la relation soignant-soigné, mais faut-il que les personnes acceptent le compromis et accepte de changer leur point de vue.

Parfois pour arriver à négocier avec le patient, on va donc utiliser un médiateur entre nous les professionnels et le patient, on peut donc s'appuyer sur la famille *« mais cette posture de médiateur n'est pas évidente. Elle est même très exigeante. »* [Manoukian, A, 2014, p. 31]. Le fait que la famille prenne ce rôle de médiateur peut la placer dans une situation délicate car d'un côté, elle peut permettre de faire passer un message au patient de la part du soignant et d'un

autre faire passer un message de la part du patient envers le soignant mais dans certains cas, cela peut entraîner des conflits entre le médiateur et le soignant et le médiateur et le patient car parfois les personnes n'ont pas les mêmes opinions et cela va créer des conflits.

Au niveau de l'alliance et de l'opposition, « *A partir des trois partenaires concernés, soignant, famille, patient, une série de relations va découler de ces jeux d'alliances et d'oppositions.* » [Manoukian, A, 2014, p. 33]. Dans une relation entre un soignant, un patient et sa famille, il y a forcément de l'alliance et de l'opposition qui se joue à un moment donné dans la relation.

Alexandre Manoukian, expose plusieurs cas de figure concernant cette alliance et cette opposition. A savoir, dans un premier cas, « *l'alliance se fait entre le patient et sa famille contre le soignant.* » [Manoukian, A, 2014, p. 33]. C'est-à-dire que le patient et sa famille s'oppose au soignant, le patient avec sa famille partage la même opinion mais ne partage pas celui du soignant. Celui-ci « *peut devenir l'intrus, l'étranger, voire le persécuteur.* » [Manoukian, A, 2014, p. 33]. Le soignant se trouve là dans une position où il n'a pas vraiment sa place au niveau du patient et de la famille, ce qui peut donc le mettre « *dans une situation très inconfortable qui peut aller d'une simple sensation de gêne jusqu'au sentiment d'être un véritable agresseur face à ce couple famille/patient qui se défend en le rejetant.* » [Manoukian, A, 2014, p. 33-34]. Le soignant ressent donc un rejet de la part de la famille et du patient, ce qui va donc compliquer la relation soignant-soigné et placer le soignant dans une situation inconfortable.

Pour essayer de faire face à cette situation, « *il est important de comprendre les sentiments qui sont éprouvés par le patient et sa famille.* ». [Manoukian, A, 2014, p. 34]. Pour le soignant, il faut qu'il comprenne pourquoi la situation prend cette tournure, quels sont les événements qui ont pu entraîner ce rejet de la part de la famille et du patient et de comprendre ce que le patient éprouve et de se renseigner sur son histoire et son vécu afin de pouvoir comprendre la situation. Dans un autre cas, « *l'alliance se fait entre le patient et le soignant contre la famille.* » [Manoukian, A, 2014, p. 34]. C'est-à-dire que le soignant et le patient vont créer une alliance contre la famille, cela arrive quand la famille n'a pas le même point de vue que le patient, le patient va donc adhérer et s'allier avec le soignant contre sa propre famille. Cela peut aussi être expliquer par le fait que « *le soignant prend le parti pour le patient dont la famille joue un rôle d'agresseur.* » [Manoukian, A, 2014, p. 34]. Parfois, le patient ressent sa famille comme un peu trop envahissante et il ne peut pas prendre ses décisions lui-même alors le soignant lui rappelle que c'est à lui que revienne ses choix et que personne d'autre que lui ne peut décider à sa place,

ce qui va donc placer la famille dans ce rôle d'agresseur et le soignant peut donc dans certains cas essayer de protéger le patient des influences extérieures qu'il peut percevoir.

Cependant, la famille se sent « *dépossédée de ses droits sur un des membres a le choix entre un retrait, qui peut n'être qu'apparent et dont elle rumine la revanche pour plus tard, ou un renforcement de ses revendications devenues celles d'une victime.* » [Manoukian, A, 2014, p. 34]. La famille sent qu'un de ses membres lui échappent et pour cela elle va développer soit une stratégie de retrait, elle va laisser faire les choses car elle voit qu'elle ne peut pas intervenir et que le patient ne changera pas d'avis ou dans un autre cas, elle peut en quelque sorte préparer une vengeance pour plus tard , soit envers le patient , soit envers le soignant.

Le dernier cas de figure , « *l'alliance se fait entre le soignant et la famille contre le patient.* » [Manoukian, A, 2014, p. 35]. Dans ce cas-là, le soignant et la famille s'allie contre le patient. Ce qui est compliqué pour lui car il se retrouve seul face à un clan qui est le soignant et la famille. Il n'a donc plus le pouvoir sur sa prise en charge et se retrouve donc sans défenses, il n'a plus le choix de choisir ce qu'il souhaite puisque sa famille s'exprime à sa place. Pour expliquer cette alliance, « *la famille s'appuie sur les soignants pour obtenir ce qu'elle n'a pas pu imposer.* » [Manoukian, A, 2014, p. 35]. La famille veut imposer un choix au patient et il passe par le soignant pour imposer ce choix car sans lui il ne pourrait pas le faire. Dans ce cas-là, la famille à tout le pouvoir sur le patient. Mais on peut donc se poser la question de savoir « comment le soignant fait-il pour se lier contre le patient ? », alors que le soignant est censé suivre en priorité ce que le patient veut lui-même, alors « pourquoi suit-il plus la famille que le patient, qu'est-ce qui influence cela ? ».

3.2.3. La relation d'aide

On a déjà vu précédemment les généralités concernant la relation soignant-soigné que l'on qualifie aussi de relation triangulaire, maintenant on va donc aborder la notion de relation d'aide qui fait partie intégrante de notre profession en tant qu'infirmière.

Au niveau de son origine et du développement de la relation d'aide, elle provient du mouvement de la psychologie humaniste qui a eu lieu aux Etats-Unis dans les années quarante.

Ce qui permet la relation d'aide est « *l'outil principal de la relation d'aide, versant psychothérapie ou versant soins infirmiers, est davantage la relation soignant/patient que l'arsenal thérapeutique opposé à la maladie.* » [Manoukian, A, 2014, p. 52].

En fait la relation soignant/soigné peut revêtir un aspect psychologique avec les psychologues mais aussi elle peut être dédiée aux soins infirmiers puisqu'aider un patient peut être d'ordre physique mais aussi psychologique et il ne suffit pas de donner des traitements médicamenteux pour aider une personne.

La médecine, elle aussi peut apporter une réponse à des problèmes d'ordres somatique tandis que « *la relation d'aide se fonde sur un travail individuel où la subjectivité de chacun est mise en avant.* » [Manoukian, A, 2014, p. 52]. La relation d'aide est universelle puisqu'elle prend le sujet en globalité et elle est individuel, chaque relation d'aide ne se ressemble pas puisque chaque individu est unique et différent.

Pour compléter cette notion d'universalité de la relation, « *Si les besoins sont universels, leurs expressions et leurs poids sont variables d'un sujet à l'autre en fonction de paramètres très personnels que seul une approche globale permet.* » [Manoukian, A, 2014, p. 52]. On retrouve bien chez les individus les quatorze besoins vitaux qui sont universels c'est-à-dire qu'on les retrouve chez chacun d'entre nous, cependant ils peuvent être exprimés de manière différente suivant la personne, ce qu'elle désire, son vécu. Certaines personnes auront besoin de plus de choses que d'autres. Certains besoins seront plus exprimés que d'autres chez certaines personnes. C'est pour cela que pour appréhender cette question des besoins, il faut prendre le patient dans sa globalité pour comprendre pourquoi l'expression et le poids des besoins sont variables.

Pour aborder cette notion de relation d'aide, Alexandre Manoukian, s'appuie donc sur les propos d'une théoricienne des soins infirmiers, il s'agit de Peplau. Elle « *admettait six rôles dont les objectifs sont très voisins de la relation d'aide.* » [Peplau, 1995]. Même si le rôle de substitution aux fonctions défaillantes du patient fait partie intégrante de la relation d'aide afin de satisfaire ses propres besoins, Peplau « *évoquait l'approche globale, le climat de confiance, l'information et l'explication, jusqu'à l'éducation du patient, la sollicitation de son engagement, aujourd'hui nous dirions de son autonomie, dans le processus de soins.* » [Manoukian, A, 2014, p. 53]. Pour Peplau, la relation d'aide serait donc fondée sur une approche globale du patient mais individualisée, cette relation d'aide serait basée sur la confiance, sur l'information au patient, son éducation et sa sollicitation afin qu'il s'implique dans cette relation puisqu'il n'y a pas qu'au soignant de s'impliquer, il faut aussi que le patient soit engagé dans cette démarche afin de créer ce climat de confiance et permettre un accompagnement.

Dans la relation d'aide, il y a aussi une notion importante qui est « *la guidance du patient.* » [Manoukian, A, 2014, p. 53]. La relation d'aide passe par le fait de guider le patient, on l'aide à prendre ses décisions, faire ses choix.

Si on peut donner une définition de la relation d'aide celle-ci serait « *la relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle.* » [Manoukian, A, 2014, p. 53]. Notre rôle en tant qu'infirmière est d'aider la personne dans sa vie quotidienne qui se retrouve bouleversé par la maladie, on doit prendre en compte la personne dans sa globalité et dans sa maladie c'est-à-dire au niveau de sa vie personnelle, professionnelle, sociale et familiale. Quand on est infirmière on ne tient pas compte que de la maladie du patient mais aussi de tout ce qu'il y a autour, c'est d'ailleurs ce qui permet de mettre en place un projet de soins puisque celui-ci est basé sur l'environnement de la personne, sa vie personnelle, professionnelle et sociale.

Cette relation d'aide comme la relation soignant-soigné est « *fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné.* » [Manoukian, A, 2014, p. 53].

Pour aider une personne il faut bien-sûr qu'elle accepte d'être aidé et pour accepter il faut qu'elle puisse avoir confiance aux soignants.

La relation d'aide a aussi d'autre valeur comme « *l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement.* » [Manoukian, A, 2014, p. 53]. Dans la relation d'aide, il faut que le soignant soit authentique c'est-à-dire qu'il dise la vérité au patient, il faut aussi qu'il fasse preuve d'empathie c'est-à-dire qu'il fasse comme s'il était à la place de l'autre sans oublier le comme si, qu'il ressente et comprenne ses sentiments et enfin une notion qui est très importante dans cette relation est le fait de ne pas juger la personne, de la respecter.

Pour Alexandre Manoukian, « *la relation d'aide ne peut pas se pratiquer de la même façon dans les différents services. Les services de longue durée sont plus propices à son exercice de même qu'en psychiatrie.* » [Manoukian, A, 2014, p. 53]. Ce qu'il veut dire par là, c'est que suivant le service où la personne est hospitalisée la relation d'aide ne sera pas la même, par exemple, dans les services de court séjour comme les urgences, la personne vient, on lui pose un diagnostic et souvent elle repart à domicile ou elle est mutée dans un autre service donc la relation avec le patient est courte et donc parfois on n'a pas le temps de vraiment connaître la personne et d'instaurer cette relation. De plus dans les services d'urgences, on s'est qu'il y a beaucoup de passages et il faut faire vite et que l'état des personnes soit vite stabilisé et

qu'elle reparte au plus vite afin d'avoir des places et on s'est pertinemment que les soignants ont donc moins de temps pour créer cette relation. On peut donc penser que le temps, joue un rôle important dans la relation soignant-soigné.

De même qu'en psychiatrie, les patients sont admis pour des troubles d'ordres psychologiques et là la relation d'aide à tous son sens puisqu'il s'agit de patients qui ont besoin de temps et d'être d'autant plus écouté puisqu'à travers le discours c'est ce qui permet aux soignants de pouvoir poser un diagnostic et souvent lorsque les personnes sont hospitalisées en psychiatrie ce n'est pas forcément leur choix, il se retrouve là par obligation et il est important d'établir cette relation d'aide pour aider le patient à avancer.

La relation d'aide « *vise un changement chez le patient.* [Manoukian, A, 2014, p. 53].

Comme l'exemple de la psychiatrie, le but est qu'il y est un changement au niveau psychologique chez le patient donc cette relation d'aide vise un changement chez le patient, il en est de même dans les autres services. Si le patient est hospitalisé, c'est que son état de santé le nécessite et donc le patient est là pour que son état se stabilise et s'améliore donc la relation d'aide va forcément induire des changements que ça soit au niveau physique que psychologique.

Ces changements peuvent donc être de différents ordres, comme par exemple, « *dans l'accès à l'autonomie.* » [Manoukian, A, 2014, p. 53]. C'est-à-dire que la relation d'aide peut viser à restaurer l'autonomie du patient ou la conserver, mais aussi que le patient soit libre de ses choix, qu'il puisse être capable d'accepter ou de refuser un traitement, il s'agit là de l'autonomie physique mais aussi psychique du patient.

Il peut aussi y avoir des « *changement dans la capacité à supporter sa souffrance.* »

[Manoukian, A, 2014, p. 53]. C'est-à-dire aider le patient dans sa souffrance, lui faire reconnaître qu'il souffre et même si cela paraît compliqué lui faire accepter sa souffrance.

Pour que la relation d'aide puisse opérer ses changements, « *pour atteindre ces modifications dans la gestion de la maladie, de la santé ou de la vie en général, la relation d'aide s'appuiera sur les questions et les doutes que se pose le patient.* » [Manoukian, A, 2014, p. 54]. C'est donc grâce aux questions et aux doutes du patient que le soignant va pouvoir grâce à cette relation d'aide induire ses changements dans la vie du patient.

De plus, « *le soignant cherchera avant tout à accompagner et soutenir le patient dans son questionnement plutôt que de lui répondre.* » [Manoukian, A, 2014, p. 54]. C'est-à-dire que le soignant n'a tout d'abord pas toutes les réponses aux questions du patient mais aussi il va

peut-être reformuler ce que le patient lui demande comme question pour le faire réfléchir. Le fait que ça soit le patient qui réfléchisse aux questions qu'il se pose peut aussi l'aider à avancer car peut-être qu'il arrivera à trouver des réponses à ses questions mais peut-être pas et fera abstraction de celle-ci et continuera à avancer.

Une relation d'aide est une relation efficace quand elle « *peut aboutir à un changement ou une porte ouverte vers un changement, en quelque sorte une première étape positive.* »

[Manoukian, A, 2014, p. 54]. Dans tous les cas, la relation d'aide est efficace et positive si cela aboutit à un changement chez le patient ou si le patient commence à s'ouvrir au changement.

La relation d'aide a des effets qui peuvent être multiples « *en premier lieu, l'obtention d'un soulagement émotionnel, par la parole et l'expérience de l'écoute que fait le patient.* »

[Manoukian, A, 2014, p. 54]. C'est-à-dire que le patient se livre, il fait part de ses émotions au soignant et donc cela le soulage lui et il écoute aussi le soignant.

Ensuite, « *Dans un second temps, le patient peut découvrir quelque chose de lui, de son histoire, il peut comprendre ce qui lui arrive.* » [Manoukian, A, 2014, p. 54]. C'est-à-dire que le patient peut donc se poser et réfléchir à sa vie, à ce qu'il l'a lui et essayer de comprendre ce qui lui arrive.

En revanche, pour arriver à ces effets, « *le soignant ne se fixera pas de tels objectifs, il accompagnera le patient et évoluera à son rythme.* » [Manoukian, A, 2014, p. 54]. Le soignant doit se mettre au rythme du patient et pas le contraire, avec certains patients cela ira relativement vite et avec d'autres il peut éprouver plus de difficultés.

Nous allons maintenant, voir les différents concepts qui vont permettre de déterminer « *la manière dont s'y prendra le soignant afin de créer une ambiance favorable tant à*

l'instauration d'un climat de confiance qu'à l'émergence d'une parole propre au sujet. »

[Manoukian, A, 2014, p. 55].

Tout d'abord, on retrouve la notion d'acceptation positive, c'est-à-dire que « *le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit. Cette prise en considération du patient est renforcée par son aspect positif hors de toute condition.* »

[Manoukian, A, 2014, p. 55]. Le fait que le soignant accepte le patient est positif, le soignant accepte le patient comme il l'a sans condition.

Pour cela, « *Dans la relation d'aide, l'acceptation, dans un cadre professionnel, est inconditionnelle. Ce que le soignant accepte et distingue, c'est la personne et non pas ses comportements, ses symptômes ou sa situation plus ou moins douloureuse.* » [Manoukian, A,

2014, p. 55]. C'est-à-dire en tant que soignant, nous n'avons pas le choix de se montrer professionnel et cela passe par accepter l'autre, le considérer en tant que personne et ne pas juger ses comportements, respecter ses choix et sa différence.

Une autre notion est importante dans la relation d'aide, il s'agit de l'authenticité, pour cela il faut établir « *la base d'une relation honnête, c'est-à-dire franche, sans mensonge ni artifice.* » [Manoukian, A, 2014, p. 55]. Le soignant doit se montrer vrai avec le patient, il doit faire preuve d'honnêteté et lui dire la vérité sur son état. Pourtant dans notre profession cette notion d'authenticité est mise à rude épreuve, souvent on retrouve dans des situations de soins des choses qui sont cachées au patient avec pour raison de le protéger mais alors lui cacher la vérité, est-ce vraiment le protéger ?

L'auteur souligne cette difficulté de l'authenticité en disant « *Être authentique, c'est tenter, car ce n'est pas toujours facile, d'être soi-même.* » [Manoukian, A, 2014, p. 55]. Pour être soi-même et être authentique avec soi, il faut donc accepter la vérité et ne dire que la vérité, c'est aussi être la meilleure version de soi et rester naturel.

Pour « *entrer en relation d'aide, c'est s'exposer soi-même comme outil de soins.* » [Manoukian, A, 2014, p. 55]. Quand on aide une personne on est forcément exposé à la situation, on doit rester naturel, comme on est, pour pouvoir exposer la meilleure version de nous. C'est avec notre caractère, nos valeurs, notre comportement que nous pouvons prodiguer un soin, toutes nos caractéristiques, ce que l'on est vraiment va nous servir d'outil dans le soin.

Le but de l'authenticité est , « *au fond, l'authenticité est un des objectifs que fixe une psychothérapie ou une relation d'aide pour le patient : qu'il soit en accord avec lui-même dans un premier temps et non pas éclaté ou écartelé, afin d'être ensuite en accord avec les autres.* » [Manoukian, A, 2014, p. 55].

En fait le patient doit être en accord avec lui-même, sinon il ne peut pas accepter l'aide qu'on lui propose et donc il ne peut pas être en accord avec les soignants. Il en est de même pour le soignant s'il n'est pas lui-même, il ne peut pas être en accord avec les autres et donc la relation d'aide ne peut donc pas se faire.

Ensuite, on va donc retrouver dans la relation d'aide , une notion qui est important, il s'agit de l'empathie. Elle est « *le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre.* » [Manoukian, A, 2014, p. 55].

L'empathie est le fait de se mettre comme si on était à la place de l'autre sans oublier le

« comme si », afin de comprendre ce qu'il vit, de comprendre ce qu'il ressent. L'empathie passe par la prise en compte de l'autre.

A travers cette notion d'empathie on peut se poser la question de savoir la différence avec la sympathie que l'on définit comme « *un attrait naturel, spontané et chaleureux qu'une personne éprouve pour une autre.* »¹⁶. Tout d'abord, « *ces sentiments sont apparentés en ce qu'ils représentent tous deux une résonnance aux sentiments d'autrui.* » [Manoukian, A, 2014, p. 56]. L'empathie et la sympathie ont toutes les deux un point commun qui est le fait de s'intéresser aux sentiments de l'autre.

Cependant, « *du fait que la sympathie a trait essentiellement aux émotions, son champ est plus réduit que celui de l'empathie qui elle, se réfère à l'appréhension des affects tant cognitifs qu'émotionnels de l'expérience d'autrui...* » [Manoukian, A, 2014, p. 56]. La sympathie est quelque chose où l'on va ressentir des émotions dans notre relation avec une personne et on va « être sympathique » avec cette personne c'est-à-dire se montrer agréable, chaleureux avec la personne, alors que l'empathie c'est vraiment lié aux affects. Cette notion d'affects sera abordée dans les précédentes parties.

On pourra qualifier l'empathie d'une part « *une réponse affective envers autrui qui implique (parfois mais pas toujours) un partage de son état émotionnel* ». [Manoukian, A, 2014, p. 56]. A travers l'empathie on retrouve la notion d'affection, on donne de l'affect à l'autre ce qui va faire que l'on va ressentir l'état émotionnel de la personne. Quand on se retrouve affecté dans une situation c'est parce que le vécu de la personne nous touche, ses émotions nous touchent et on se retrouve nous envahis par des émotions.

D'une autre part, l'empathie est « *la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de la personne.* » [Manoukian, A, 2014, p. 56]. C'est-à-dire en tant qu'infirmière de se mettre à la place de l'autre comme si on était lui mais sans oublier le « comme si ». C'est la capacité psychique de se mettre à la place de l'autre.

Pour faire preuve d'empathie et y parvenir cela nécessite « *une véritable écoute* ».

[Manoukian, A, 2014, p. 56]. Pour avoir de l'empathie pour une personne on a besoin de l'écouter, sans cette écoute le soignant ne peut pas percevoir ce que vit et ce que ressent le patient.

¹⁶ [SYMPATHIE : Définition de SYMPATHIE \(cnrtl.fr\)](http://cnrtl.fr/definition/sympathie)

« Être touché par le vécu d'un patient, par son expérience douloureuse provient souvent du fait que cette expérience nous renvoie à notre propre vécu. » [Manoukian, A, 2014, p. 56].

Souvent quand on est touché par l'histoire d'un patient, cela fait écho à notre vécu, à certaines situations que l'on a pu vivre durant lesquelles on a été affecté et touché et lorsqu'on se retrouve face à une situation qui nous renvoie à notre propre vécu, cela va donc faire émerger des affects et des émotions qui peuvent être similaires aux événements déjà vécus.

« Dans ce cas, la source de notre émotion est bien personnelle tandis que son déclencheur lui, provient du patient. » [Manoukian, A, 2014, p. 56]. L'émotion que nous ressentons à ce moment-là est bien notre propre émotion et ce qui va déclencher cette émotion, c'est le patient qui vit une situation qui nous touche et nous rappelle certaines choses de notre vécu.

Pour ressentir de l'empathie, il y a plusieurs moyens mais *« l'outil premier est bien l'écoute des messages verbaux et non verbaux, mais il ne suffit pas en soi. Une écoute efficace intègre aussi le questionnement. »* [Manoukian, A, 2014, p. 56]. Ecouter l'autre est la priorité dans la relation d'aide ainsi que pour éprouver de l'empathie. L'écoute ne passe pas seulement par la parole mais aussi par les gestes, les mimiques, les sourires du patient qui permettent aussi de percevoir ce qu'il ressent. Mais aussi ce qui est important c'est de questionner le patient afin de comprendre ce qu'il vit. L'écoute peut aussi passer par les silences car ils peuvent vouloir dire beaucoup de choses.

Dans la relation d'aide, il y a plusieurs buts qui sont *« accompagner et comprendre pour aider à s'orienter au mieux dans sa situation. »* [Manoukian, A, 2014, p. 56]. La relation d'aide passe par accompagner mais aussi s'interroger et comprendre le patient dans ce qu'il vit pour l'aider à avancer. En revanche, *« s'engager dans une relation d'aide éveille souvent la crainte de se charger du poids de la douleur de l'autre ou a minima de ses difficultés. »* [Manoukian, A, 2014, p. 56-57]. C'est ce qui est le plus difficile dans la relation d'aide pour les soignants, c'est une fois qu'il quitte leur travail, de se détacher de cette relation afin que cela n'ait pas de conséquences sur leur vie personnelle même si on sait qu'une fois rentrer à la maison il est parfois possible de penser encore à ce que l'on a vécu lors de notre journée de travail car on rencontre parfois des situations très difficile à vivre, on peut donc se demander *« comment les soignant font-ils pour se détacher de ses situations complexes qu'ils vivent dans leur profession ? »*.

Pour clôturer cette partie sur la relation d'aide nous allons aborder deux dernières notions qui sont importante dans la relation d'aide à savoir le corps et le toucher .

A propos du corps dans la relation d'aide, on aborde une notion qui est la posture, ce terme revêt deux significations, « *voyons tout d'abord celle du corps dans l'espace, de sa façon de se poser ou de se poster.* » [Manoukian, A, 2014, p. 57]. Par-là, on aborde la notion de comment le soignant se place par rapport au patient, est-ce qu'il est proche de lui en termes de proximité physique ?

Par exemple, « *on peut se poser en face, à côté ou en biais vis-à-vis du patient mais aussi se tenir debout en face ou assis sur le côté, parfois même doit-on se mettre derrière lui.* »

[Manoukian, A, 2014, p. 57]. Selon la posture que le soignant va adopter, cela va donc déterminer la proximité qu'il met avec le patient, il y a aussi la notion de distance intime dans lequel le soignant se retrouve souvent quand il est en relation d'aide avec le patient.

En revanche, « *toutes ses postures ont un sens et une raison d'être, au moins pour le soignant. La posture physique peut ainsi le protéger, le rassurer, lui permettre une observation, un examen ou un soin. La posture peut aussi rassurer le patient ou au contraire l'inquiéter.* » [Manoukian, A, 2014, p. 57]. Dans n'importe quelle posture que le soignant prend, il va forcément y avoir des choses qui vont se jouer, de même que parfois le soignant peut rester en retrait par rapport au patient parce qu'il ressent certaines choses qui vont mettre des barrières à cette approche avec le patient. Il en est de même pour le patient lorsqu'un soignant est trop proche de lui, il franchit la barrière de la zone intime et cela peut effrayer le patient qui se retrouve comme dénudé car il se sent comme envahi et ne sent plus protéger puisqu'une personne inconnue s'introduit dans son intimité.

Mais alors on peut se poser la question de savoir pour le patient qu'est-ce qui relève de son intimité et pour lui à partir de quelle limite est-elle franchie ? il en est de même pour le soignant, on peut se poser la question de savoir ce que représente la distance intime pour le soignant.

Enfin, nous allons aborder la dernière notion de cette partie qui est le toucher qui lui est très présent dans la relation d'aide.

Le toucher est le « *rapport direct de corps à corps.* » [Manoukian, A, 2014, p. 58]. C'est-à-dire c'est le rapport entre le corps du soignant, sa présence proche du patient et le corps du soigné.

Le toucher se caractérise par le contact avec le patient, « *depuis longtemps, les soignants ont distingué le contact affectif et le contact technique.* » [Manoukian, A, 2014, p. 58]. Le contact affectif se serait ce qui se joue avec le patient à travers la parole, les mimiques mais aussi cela

peut se jouer à travers le contact physique, l'affection du soignant envers le soigné à travers ses gestes comme tenir la main, prendre soin d'un corps abîmé. Le contact technique lui pourrait s'apparenter aux soins techniques que le soignant prodigue comme la pose d'un cathéter veineux périphérique ou d'un pansement où une certaine technique est exigée. Ces différents contacts « *dans les soins souvent coexistent.* » [Manoukian, A, 2014, p. 58]. Dans les soins, il faut qu'à la fois le patient est un contact affectif avec le soignant car il vit des moments difficiles mais il faut à la fois que le soignant prodigue les soins en maîtrisant une certaine technicité.

La relation d'aide dans les soins infirmiers se distingue de la psychothérapie car le thérapeute « *se gardera de tout rapprochement physique.* » [Manoukian, A, 2014, p. 58]. Dans les soins infirmiers on a forcément un contact physique avec le patient c'est ce qui caractérise la relation d'aide alors qu'un psychothérapeute lui va être proche du patient psychologiquement puisque c'est avec le psychisme qui va pouvoir aider le patient.

3.2.4. La relation de soin, une relation d'amitié ?

On pourrait se poser la question de savoir si la relation de soin s'apparenterait pas à une relation d'amitié du fait de la proximité du soignant avec le patient et par tout ce qu'engage la relation de soin.

Tout d'abord, « *un tel souci de l'individualité du malade constitue selon nous un, voire l'élément essentiel de la relation de soin : c'est par ce souci que la relation médecin/patient se fait relation de soin.* » [Lefève, C, 2010, p.108]. On retrouve comme on a pu le voir précédemment dans les autres parties de ce travail, que la relation de soin peut avoir lieu que si on s'intéresse à l'autre puisque c'est quand on se soucie de l'autre que l'on va créer une relation, un lien.

Du fait de l'individualité du malade, on peut donc se poser la question « *ce souci d'individualité du sujet malade rapproche-t-il la relation de soin de la relation d'amitié ?* ». [Lefève, C, 2010, p.108]. De même qu'une autre question émerge « *la question se pose de savoir si le patient doit tenir le médecin pour ami, et quelles seraient alors la nature et les limites de la demande qu'il adresse au médecin.* » [Lefève, C, 2010, p.108]. Dans ce cas-là, on voit que l'auteur s'intéresse à la relation du médecin et de son patient mais on peut aussi se poser la question pour nous en tant qu'infirmière, de voir si la relation de soin, ne ressemble-t-elle pas à une relation d'amitié à travers tout ce qui se joue et il en est de même du côté du patient, est-

ce que lui considère l'infirmière comme son ami , si c'est le cas alors qu'elle serait la nature et les limites de sa demande envers nous les infirmières.

Pour essayer de comprendre si la relation de soin peut-elle être une relation d'amitié, nous allons développer différents concepts.

Dans un premier temps, nous allons aborder la question de l'affectivité.

Ce que nous pouvons constater , c'est que « *la relation de soins se distingue de la relation d'amitié pour une raison relative à l'égalité.* » [Lefève, C, 2010, p.110]. Dans la relation d'amitié cela « *suppose l'égalité des amis, alors que la relation de soin repose sur l'asymétrie : le patient est dans une situation vulnérable et de demande qui le rend dépendant du médecin, détenteur d'un savoir et, partant, d'un pouvoir sur lui.* » [Lefève, C, 2010, p.110]. Dans la relation de soin, le patient dépend du soignant, il a besoin d'être rassuré et de ressentir la fiabilité du soignant dans ses paroles . Il considère que le soignant détient des connaissances et un savoir que le patient recherche afin de se sentir en confiance. Ce qui diffère de la relation d'amitié même si cela peut avoir lieu c'est quand dans la relation d'amitié la personne est très attachée son ami et parfois elle ne peut même pas se détacher de lui alors que dans la relation soignant-soigné une fois que le malade retourne à son domicile ou lorsqu'il est muté dans un autre service, la relation s'arrête là physiquement même si mentalement elle peut continuer puisque le soignant autant que le patient peuvent se remémorer des choses qui se sont passées durant cette relation.

Pour comprendre la distinction entre relation de soins et relation d'amitié, on sait que l'amitié vient spontanément et librement, en général avec un ami on peut avoir des points communs et des intérêts qui nous lient. On peut choisir d'être l'ami de quelqu'un ou pas mais cela ne nous est pas imposé. On sait que la « *la relation d'amitié est à elle-même sa propre fin, la finalité de la relation de soin lui est extérieure et est relative au seul malade : c'est le rétablissement de la santé.* » [Lefève, C, 2010, p.111]. On comprend donc qu'une relation de soin se finit quand le patient est rétabli.

On sait aussi que « *l'amitié s'impose dans une rencontre où s'expriment une attirance et une sympathie réciproques qui ne se commandent pas et coïncident avec le plaisir et la joie d'être ensemble.* » [Lefève, C, 2010, p.111]. On se lie d'amitié pour quelqu'un quand on va ressentir quelque chose pour la personne, que l'on va la trouver sympathique et surtout l'amitié se crée quand on s'aperçoit que l'on a quelque chose en commun avec la personne qui nous permet donc de communiquer avec elle, de lier cette amitié.

Cependant quant à elle « *la relation de soin, elle, est imposée au malade par sa situation de souffrance et de besoin.* » [Lefève, C, 2010, p.111]. Le patient quand il se retrouve hospitalisé ne choisit pas de rentrer en relation avec le soignant, du fait de son état cela lui est imposé car il se retrouve dans un état de vulnérabilité et parfois de dépendance qui vont le contraindre à avoir besoin de l'autre pour l'aider donc il n'aura pas le choix d'établir une relation avec le soignant.

Par exemple, « *du côté du médecin, la relation de soin résulte du choix préalable de sa profession, et non de s'occuper de tel ou tel malade.* » [Lefève, C, 2010, p.111]. Il en est de même pour nous, les infirmières quand on choisit d'entreprendre une formation en soins infirmiers on sait pertinemment que l'on va rentrer en relation avec des personnes, qu'on va côtoyer la souffrance, la douleur, la mort. En tant qu'infirmière comme le médecin on se doit de s'occuper de tous les patients et on ne choisit pas les malades dont on veut s'occuper. C'est parce qu'on joue un rôle de prise en charge du patient, d'aider les patients, de soulager la douleur, de prodiguer des soins qu'on va donc entrer dans une relation d'aide.

On s'aperçoit que « *la relation de soin ne peut et, partant, ne doit pas être une relation d'amitié.* » Comme le souligne Frédéric Gros, « *L'amitié ne saurait entrer dans le cadre d'une éthique du soin et de l'accompagnement.* » [Gros,F, 2007, p.18] Le soin est encadré par des règles d'éthique et de déontologie qui permettent son exercice et l'amitié ne rentre pas dans l'éthique et dans la déontologie du soin, certainement parce qu'il y a un dépassement de limite, c'est-à-dire que l'on va au-delà de la relation de soin et d'autres enjeux se jouent.

De plus, la relation d'amitié « *ne peut faire l'objet d'une exigence professionnelle et on ne saurait exiger à quiconque de devenir l'ami de celui-ci qu'il soigne.* » [Gros,F, 2007, p.18]. On ne peut pas demander à un soignant de devenir l'ami d'un patient, cependant on peut dans certains cas reprocher au soignant qu'il est trop proche du patient surtout quand chacun n'est pas à sa place et que l'on retrouve une inexistence de la barrière entre le soignant et le patient, quand on arrive plus à cerner le rôle de chacun.

C'est pour cela que « *Pour son efficacité, la relation de soin implique une distance affective qui préserve l'objectivité du jugement du médecin.* » [Lefève, C, 2010, p.113]. Il en est de même pour l'infirmière qui, si elle ne prend pas de la distance avec le patient, ne peut pas être objective dans sa prise en charge. Cette distance affective peut jouer un rôle protecteur pour le soignant, afin de le protéger des trop fortes émotions ou affects qu'il pourrait ressentir.

« Par ailleurs, l'amitié pour le patient fragilise la psychologie du soignant en l'exposant notamment à la peur de l'échec, à la culpabilité et à la souffrance de la séparation. » [Lefève, C, 2010, p.114]. C'est ce qu'on explique plus haut avec le fait de dépasser une certaine limite, que le soignant « s'investisse trop », cela peut avoir des conséquences pour le soignant avec la peur de l'échec, culpabiliser parce qu'on n'arrive pas au but que l'on voudrait, cela peut aussi entraîner à terme un épuisement du soignant mais aussi pour le patient qui peut s'investir beaucoup trop dans la relation et donc se retrouver en difficulté.

Dans la relation soignant-soigné, le soignant va éprouver des émotions et des affects, il arrive que l'on s'engage trop dans une relation de soin, « les affects qu'éprouvent le soignant le déstabilisent. » [Lefève, C, 2010, p.114]. Les affects peuvent mettre en difficulté le soignant, on peut donc se poser la question de savoir lorsque le soignant éprouve de l'affect pour une personne ce qu'il en fait ? est-ce qu'il pense que c'est positif pour lui ou au contraire négatif ? et est-ce que le fait que le ressenti de cet affect soit très fort, l'impact-il ?

Parfois, « ces affects peuvent mettre en péril la relation de soin et son efficacité. » [Lefève, C, 2010, p.114]. Dans certains cas le soignant se retrouve tellement affecté par une situation qu'il n'arrive plus à rentrer en contact avec le patient, il est obligé de passer la main à ses collègues. Parfois tellement on est affecté, on n'a plus la capacité d'agir, on est sidéré et on ne peut plus rien faire.

Donc dans une profession, il est question « d'instaurer une juste distance qui préserve le soignant et le soigné. » [Lefève, C, 2010, p.114]. L'affect d'une part va induire chez le soignant des sentiments, il va ressentir des choses positives ou négatives qui peuvent l'affecter lui mais dans tout cela il y a aussi le patient qui lui peut-être aussi affecté par certaines choses à travers la relation qu'il entretient avec le soignant, c'est donc pour cela qu'il est important de créer une distance entre le soignant et le soigné pour préserver autant le soignant que le soigné.

Bien « que l'on fonde avec raison la relation de soins sur l'empathie- et non sur la sympathie qui implique un souffrir ensemble -, reconnaître en elle la sympathie contribue à empêcher le glissement de la volonté de soigner et de réparer à celle de maîtriser l'existence du patient. » [Lefève, C, 2010, p.114]. Bien que l'on différencie la sympathie et l'empathie, on retrouve quand même dans l'empathie une part de sympathie puisque pour que le soignant et le patient créent une alliance il faut qu'ils s'abordent avec sympathie.

Cependant, « *la gratitude du patient pour le soignant ne correspond pas à la réciprocité de l'amitié.* » [Lefèvre, C, 2010, p.115]. Le patient reconnaît ce que le soignant fait pour lui mais il peut aussi penser qu'il s'agit du rôle du soignant, de son métier et que cela est normal. Parfois le patient exprime sa gratitude au soignant, ce qui permet au soignant d'être en quelque sorte récompensé. C'est souvent grâce aux compliments et aux remerciements du patient envers le soignant que le soignant se rend compte de ce qu'il a fait pour le patient et cela permet au soignant de voir qu'il a fait ce qu'il fallait pour le patient, cela le rend fier et lui apporte une certaine reconnaissance et cela est gratifiant. En revanche, ce n'est pas parce qu'un patient fait un compliment à un soignant qu'il veut se lier d'amitié avec lui au contraire le fait qu'il lui fasse un compliment permet de reconnaître le travail qu'il a effectué et donc de maintenir une distance entre eux et de bien différencier le rôle de chacun.

En revanche, « *Il nous semble néanmoins que, lorsque la relation de soins met en œuvre certains modes de relations et certaines vertus propre à l'amitié, elle gagne en efficacité car elle remplit la visée éthique du soin, à savoir la prise en compte et le respect de l'individualité du sujet malade.* » [Lefèvre, C, 2010, p.115]. Même si la relation de soin ne peut pas s'apparenter à une relation d'amitié, elles ont quand même des caractéristiques en commun et font qu'elle se ressemble, ce qui permet donc une prise en charge en respectant le patient. La relation d'amitié et la relation de soins marque entre-elles une limite très mince.

Dans la relation d'amitié, on retrouve l'empathie, « *de la même manière, le soin requiert l'empathie. C'est ce que l'on pourrait appeler le travail empathique du soignant nous paraît être une condition essentielle pour qu'il tente de comprendre l'expérience de la maladie.* » [Lefèvre, C, 2010, p.116]. L'empathie permet aux soignants de ressentir l'expérience du sujet. Quand on fait preuve d'empathie on s'intéresse forcément à l'expérience de l'autre, si on ne connaît pas son histoire ce qu'il éprouve on ne peut pas se retrouver touché, affecté par lui. Cela va aussi faire que « *l'empathie l'incite aussi à montrer au patient qu'il saisit que cette épreuve l'affecte corps et âme et interroge le sens qu'il accorde à sa vie et à la vie en général* » [Lefèvre, C, 2010, p.116]. Ainsi le soignant lorsqu'il se montre empathique avec le patient va comprendre que le patient se trouve en souffrance physique et psychique et faire prendre conscience au patient que cette épreuve l'affecte et que du fait de cet état de vulnérabilité le patient va donc repenser à sa vie, à ce qu'il vit et peut-être que cela donnera un autre sens à sa vie quand il sera guéri. C'est souvent après avoir subi une épreuve que le patient réfléchit sa

vie autrement et qu'il la mène autrement. Cela fait prendre conscience au patient de pleins de choses.

L'empathie , « *elle constitue un élément essentiel de la relation de soin qui répond à la nécessité d'allier à la connaissance médicale de la maladie la compréhension et le respect de l'individualité du sujet malade.* » [Lefève, C, 2010, p.117]. Sans empathie de la part du soignant, il ne peut donc pas créer cette relation de soin avec le patient puisqu'il doit montrer au patient qu'il a des connaissances médicales de sa maladie mais aussi qu'il comprend ce qu'il vit et respect ce qu'est le patient. L'empathie passe aussi par le respect du fait que chaque patient est différent et que le soignant doit à chaque fois s'adapter au patient.

Le soignant se met donc « *en position d'adopter le point de vue du malade, de comprendre ses normes de vie avant et avec la maladie, ainsi que le sens singulier que celle-ci prend pour lui.* » [Lefève, C, 2010, p.117] . Le soignant doit prendre en compte le point de vue du malade puisque c'est grâce à lui que le soignant peut orienter sa prise en charge. Il doit aussi se rendre compte que la vie du malade à cause de la maladie change, c'est-à-dire qu'il aura un avant et un après la maladie et que les normes du malade en seront forcément modifiées.

Une notion qui est important dans l'empathie est « *l'importance de l'empathie souligne donc celle de la compréhension de la normativité du patient et la nécessité d'un travail d'interprétation sur le sens de la maladie pour le malade.* » [Lefève, C, 2010, p.118]. Comme on l'a précédemment abordé un soignant doit comprendre ce que veut le patient, ce qu'il est réellement , donc ses normes et il doit bien sur analyser la parole du patient pour pouvoir savoir le sens que représente la maladie pour le malade, puisque forcément chacun n'a pas les mêmes représentations de la maladie, cela peut varier selon les cultures, les antécédents et l'histoire de vie.

Pour en revenir à la relation de soin et la relation d'amitié, ces dernières ont en un point en commun , elles « *visent la compréhension de la vie de l'autre en vue de le réinstaurer comme sujet de sa vie, en vue de sa liberté.* » [Lefève, C, 2010, p.121]. La relation de soin autant que la relation d'amitié vont supposer de s'intéresser à l'autre, de comprendre sa vie en vue de pouvoir établir une relation et que le sujet soit libre de sa vie.

De plus, « *la visée éthique propre à l'amitié, à savoir la liberté et le bonheur de l'ami, semble se retrouver dans la relation de soins.* » [Lefève, C, 2010, p.123]. En tant que soignant quand on se retrouve à prendre en charge un patient , notre but est que ce patient soit libre de ses choix, nous devons en tant que soignant les accepter et notre but n'est ici pas vraiment le bonheur mais

plutôt la satisfaction du patient par rapport au soignant ce qui fera donc son bonheur. Il est en de même lorsqu'on apprend au patient une bonne nouvelle, souvent il est soulagé et il est heureux de cette nouvelle ce qui lui procure un certain bonheur. En amitié, cela est presque pareil puisque lorsqu'on est vraiment investi dans une relation d'amitié notre but est de faire plaisir à notre ami, de lui apporter du bonheur tout en lui laissant et acceptant sa liberté qu'il s'agisse de sa liberté de faire ou de penser.

Précédemment nous avons vu que « *l'amitié se fonde sur des affinités qui d'abord s'imposent puis se renforcent du simple plaisir d'être ensemble.* » [Lefève, C, 2010, p.124]. Pour fonder une amitié, il faut que l'on ressente qu'elle chose pour la personne, on doit ressentir une forme d'amour pour elle, au début d'une relation d'amitié les personnes apprennent à se connaître, cela passe par créer des affinités, des points communs et au fur à mesure, vu que ces affinités sont fondées cette relation se renforce au fil du temps, à chaque fois que l'on voit la personne puisqu'on éprouve du plaisir à la retrouver, à passer du temps ensemble.

C'est donc comme on l'a vu au fil du temps que cette amitié se construit, on choisit cet ami parce qu'il nous écoute, il comprend ce que nous vivons mais parfois celui-ci peut alors nous juger mais en général s'il s'agit d'un « bon ami », il le fera pour nous donner des conseils et nous aider. « *Tous ces points rapprochent, nous semble-t-il, la relation d'amitié de la relation éthique de soin finalisée, elle aussi, par le plein accomplissement de la singularité, de la normativité et de la liberté du malade.* » [Lefève, C, 2010, p.124]. Finalement que ce soit la relation d'amitié ou de soin, ces deux relations supposent d'accepter que l'autre soit différent, qu'il soit unique, qu'il est ces propres normes et qu'il soit libre.

Cependant malgré, que l'on a vu que la relation de soin, ne doit pas être une relation d'amitié, elles ont quand même certains points communs même si pas mal d'éléments permet de les distinguer.

3.3. Les émotions

3.3.1. Généralités sur les émotions

Tout d'abord, nous allons définir ce terme d'émotion. Plusieurs définitions existent pour définir ce terme cependant cela n'est pas facile à définir.

L'émotion est une « *conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur.* »¹⁷. Par cette définition, on perçoit qu'une émotion est une réaction que l'on ne contrôle pas et qui va exercer une influence sur notre corps. Celle-ci peut-être plus ou moins violente et nous affecté.

Cela peut aussi être caractérisé par un « *bouleversement, secousse, saisissement qui rompent la tranquillité, se manifestant par des modifications psychologiques violentes, parfois explosives ou paralysante.* »¹⁸. Une émotion cela nous bouleverse, cela va forcément provoquer quelque chose chez la personne, elle peut aussi paralyser la personne quand on ressent une forte émotion, la personne est stupéfaite par ce qu'il se passe et donc parfois elle peut rester immobile, paralysée ou même faire un malaise si l'émotion est trop forte.

Pour Christophe André et François Lelors, « *une émotion est donc une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementale (nos actions).* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.15]. On remarque qu'une émotion va donc impacter le corps mais aussi l'esprit mais surtout notre comportement. Quand on est touché, on n'aura donc pas le même comportement.

Pour expliquer les émotions, il y a différents points de vue et théories, c'est ce que Christophe André et François Lelors explique dans leur livre sur la force des émotions.

Tout d'abord, « *nous sommes émus parce que c'est dans nos gènes* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.16]. Si on ressent des émotions cela ferait parti de nos gènes.

Ces émotions peuvent nous sauver, c'est à dire que « *les émotions fondamentales se déclenchent dans des situations qui représentent un enjeu vital pour nous en termes de survie ou de statut.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.16]. On ressent des émotions quand nous nous trouvons dans des

¹⁷ [EMOTION : Définition de EMOTION \(cnrtl.fr\)](http://cnrtl.fr/definition/emotion)

¹⁸ [EMOTION : Définition de EMOTION \(cnrtl.fr\)](http://cnrtl.fr/definition/emotion)

situations inhabituelles qui peuvent représenter un enjeu vital pour notre survie ou notre statut. Les auteurs illustrent cela par un exemple : « *la peur nous aide à fuir le danger, la colère à triompher de nos rivaux, le désir nous pousse à trouver un partenaire pour nous reproduire.* » Cela suppose que suivant le type d'émotion, la nature de l'émotion que l'on ressent nos comportements seront différents. Avec cette explication, cela prouve que les émotions vont nous aider à survivre et à nous reproduire comme avec la peur et le désir et donc cela explique donc la transmission de ces émotions jusqu'à nous puisque nos ancêtres se reproduisent.

Il en est de même que nos ancêtres, les singes ressentent des émotions puisque quand on les observe en groupe, on voit bien que le singe peut entretenir différentes relations avec les autres, à savoir une alliance, une rivalité...

De plus, on sait aussi que les bébés éprouvent et ressentent des émotions, « *des réactions émotionnelles comme la colère, la peur apparaît chez le bébé humain à un âge très précoce.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.16]. Le bébé pour exprimer ce qu'il ressent va pleurer car il a que ce moyen de montrer ces émotions.

La deuxième hypothèse est que « *nous sommes émus parce que notre corps est ému.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.18].

William James qui est un psychologue et philosophe américain a émis une théorie qui est la suivante « *l'émotion c'est la sensation* ». Souvent on a tendance à croire que l'on tremble parce que l'on a peur alors que lui pense que c'est l'inverse, c'est-à-dire « *c'est le fait de nous sentir trembler qui nous amène à ressentir la peur ou celui de pleurer qui nous rend tristes.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.18]. Cela pourrait être expliqué par le fait que « *nos émotions seraient vides de contenu sans les sensations en provenance de notre corps.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.19]. On peut donc analyser que notre corps joue un rôle très important dans les émotions et sans lui, les émotions n'ont pas lieu.

Une autre hypothèse est que « *nous sommes émus parce que nous pensons* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.20]. Ici les émotions sont liées à l'activité cognitive puisque les individus réfléchissent et cette réflexion va donc influencer l'expressions des émotions.

Enfin, « *nous sommes émus parce que c'est culturel.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.21]. Suivant les cultures, les émotions ne seront pas exprimées de la même manière, il en est de même pour le ressenti. L'émotion a « *avant tout un rôle social, que nous avons appris*

justement en grandissant dans un certain type de société, qui suppose que d'autres personnes élevées ailleurs ressentiront et exprimeront des émotions différentes. » [Lelord, F, André, C, 2001, p.21]. C'est ce que nous venons de voir, c'est au fil des années que nous apprenons à ressentir les choses, à être ému et parfois le temps permet d'être moins ému pour certaines choses car on réfléchit, on effectue un travail sur nous pour que certaines choses nous touchent moins. De plus selon la société dans laquelle on vit, les émotions auront d'autres significations et seront exprimées différemment.

On peut aussi parler des différentes émotions, « *on pourrait imaginer que certaines ethnies ignorent certaines de nos émotions.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.21]. Suivant les sociétés, les pays dans lequel nous nous trouvons peut-être que les émotions ne sont pas les mêmes.

De même que le fait que les émotions est un rôle social peut jouer une influence sur le fait de « *nous permettre de faire accepter certains comportements qui, autrement serait inacceptables.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.22]. Parfois quand on ressent des émotions, on dit que l'on s'est comporté d'une telle manière du fait de ces émotions et parfois certaines personnes accepte cette « excuse » et accepte le comportement que l'on a eu. Parfois les émotions rendent les choses acceptables.

On a évoqué que peut-être suivant notre société certaines émotions existent et d'autres non mais une émotion est fondamentale, alors comment la reconnaître comme tel ?

Christophe André et François Lelors ont analysé cela et ils ont proposé des caractéristiques de cette émotion.

Celle-ci doit « *débuter soudainement* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.25]. C'est à dire qu'on ne prévoit pas une émotion, on ne sait pas quand elle va arriver, elle arrive de manière spontanée.

Elle doit aussi « *durer peu* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.25]. Si cette émotion se prolonge alors il faut se poser la question du pathologique. De plus si elle est prolongée on peut la qualifier d'humeur ou de sentiment comme dans l'humeur triste.

Puis, l'émotion doit « *agiter le corps à sa manière* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.25]. C'est-à-dire qu'à chaque fois que l'on ressent une émotion, il y a forcément le corps qui est touché. L'émotion va donc induire une réaction du corps.

Enfin, pour qu'une émotion soit fondamentale, elle doit « *avoir une expression faciale universelle chez tous les humains.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.25]. Par exemple lorsqu'on est triste, en général on a le visage abattu, fermé et parfois on peut manifester des larmes. L'expression des émotions sur le visage est universelle pour tous cependant elle peut s'exprimer de différente manière qui est propre à chacun . Pour certains, l'expression des émotions se verra plus que d'autres, leur visage parlera plus.

3.3.2. A quoi servent les émotions

Précédemment nous avons vu concrètement ce que sont les émotions, maintenant nous allons réfléchir à quoi nous servent-elles ?

Parfois quand on est pris dans des situations d'urgences, de stress, avec un ou plusieurs patients, cela va nous pousser à agir et donc tous faire pour sauver le patient.

Daniel Goleman qui est docteur en psychologie nous dit que « *ces actes héroïques illustrent la fonction et la puissance des émotions, et témoignent du rôle de l'amour altruiste- et de toutes les émotions-dans la vie humaine.* »[Goleman, D, 2014, p.19]. Le fait de se retrouver pousser à agir dans une situation est lié à l'expression de nos émotions, on est touché par la situation donc on va agir. Quand on ressent des émotions pour quelqu'un ou quelque chose, c'est qu'on s'y intéresse, quand on est face à un patient en danger on va agir pour le sauver parce qu'on se rend compte que la situation est grave et surtout on est affecté par cela donc on va agir. Selon l'auteur, le fait de ressentir des émotions dans notre vie, serait associé à l'amour, que l'on ressent pour autrui.

Des sociobiologistes se sont intéressé à rechercher « *pourquoi l'évolution a conféré aux émotions un rôle de premier plan dans la psyché, ils soulignent la prééminence au cœur sur le mental.* » »[Goleman, D, 2014, p.20]. Selon les sociobiologistes les émotions font partie de la psyché et servent à guider notre mental. C'est elle qui va influencer notre manière de pensée.

Pour eux nos émotions « *nous aident à affronter des situations et des tâches trop importantes pour être confiées au seul intellect.* » [Goleman, D, 2014, p.20] Ces émotions sont là pour que l'on puisse affronter certaines situations qui nous paraissent importante puisque l'intelligence ne peut pas à elle seule les affronter.

En plus, « *notre intelligence est inutile quand nous sommes sous l'emprise de nos émotions.* » [Goleman, D, 2014, p.20]. Quand on ressent des émotions, on est incapable de réfléchir à quoi que soit donc l'intelligence dans cette situation n'a pas d'intérêt.

On peut aussi s'apercevoir que, « *chaque émotion nous prépare à agir d'une certaine manière ; chacune nous indique une voie qui, dans le passé, a permis de relever les défis de l'existence.* » [Goleman, D, 2014, p.20] Le fait que l'on ressent différentes émotions va influencer notre manière d'agir, c'est-à-dire que par exemple la peur va nous permettre d'agir d'une manière et la colère d'une autre, cette manière est différente selon l'émotion que l'on ressent. De plus, chaque émotion va nous donner un chemin pour relever des défis comme on n'a pu le vivre dans le passé.

En fait, nos émotions sont enregistrées à l'intérieur de nous car elles sont innées et automatiques, on ne choisit pas de ressentir telle émotion à tel moment et ces émotions ne s'apprennent pas on les a instinctivement en nous.

Pour expliquer pourquoi nous agissons, « *toutes les émotions sont des incitations à l'action ; ce sont des plans instantanés pour faire face à l'existence que l'évolution a instillée en nous.* » [Goleman, D, 2014, p.23] . Quand on ressent des émotions cela nous pousse à agir. Dans notre cerveau il se passe des choses qui vont nous permettre d'élaborer des plans afin d'agir.

Dans l'étymologie du mot émotion, on retrouve bien cette notion d'agir, puisque « *le terme « émotion » se compose du verbe latin motere, voulant dire « mouvoir » et du préfixe é, qui indique un mouvement vers l'extérieur, et cette étymologie suggère bien une tendance à agir.* » [Goleman, D, 2014, p.23]. C'est-à-dire que l'on ressent une émotion intérieurement qui va nous pousser à agir, donc cette émotion se retrouve aussi à l'extérieur de nous puisqu'elle est considérée comme un mouvement.

Chaque émotion va donc exercer une influence sur le corps car chacune joue un rôle spécifique. Nous allons donc donner quelque exemple d'émotions avec ce qu'elles vont créer au niveau du corps.

Par exemple, on sait que la colère « *va affluer le sang vers les mains, ce qui permet à l'individu de s'emparer plus prestement d'une arme ou de frapper un ennemi.* » [Goleman, D, 2014, p.23] . Quand on est en colère on devient tout rouge et on a tellement de haine en nous que cela nous pousse à faire quelque chose que l'on sait pertinemment que cela n'est pas forcément bien.

La peur quant à elle « *dirige le sang vers les muscles qui commandent le mouvement du corps, comme les muscles des jambes qui prépare la fuite et fait pâlir le visage.* » [Goleman, D, 2014, p.23]. En général quand nous ressentons de la peur, on devient pâle et on n'a qu'une envie c'est de fuir le danger mais parfois cette émotion est tellement forte que l'on se retrouve paralysé, incapable d'agir.

Bien sûr d'autres émotions vont avoir d'autres conséquences sur le corps mais nous allons nous intéresser à la tristesse, émotion qui est souvent ressentie par les soignants lorsqu'ils prennent en charge certains patients en fin de vie ou avec une situation difficile.

On remarque que la tristesse a une fonction principale qui est « *d'aider à supporter une perte douloureuse, celle d'un être cher par exemple, ou d'une grande déception.* » [Goleman, D, 2014, p.25]. Quand on ressent de la tristesse en fait cela est normal et va nous aider à supporter certaine chose. La tristesse joue donc un rôle d'aide.

Cependant, malgré son rôle, elle va avoir des conséquences sur le corps et l'esprit, elle « *provoque une chute d'énergie et un manque d'enthousiasme pour les activités de la vie.* » [Goleman, D, 2014, p.25]. La tristesse entraîne une sorte d'aboulie, c'est-à-dire un manque d'intérêt pour ce que l'on aime habituellement. Parfois quand on est soignant, le fait d'être triste va entraîner un manque d'envie de s'occuper des autres patients.

Cependant ce passage de tristesse ne doit pas durer dans le temps car il pourrait s'apparenter à un état dépressif avec la phase de tristesse.

En tant soignant, on doit exprimer cette tristesse car elle peut impacter notre vie professionnelle mais aussi notre vie personnelle et créer certains troubles.

Pour apporter une autre notion importante dans l'émotion, « *nous possédons deux esprits : l'un pense et l'autre ressent.* » [Goleman, D, 2014, p.26]. L'émotion est comme on l'a vu précédemment lié à l'esprit, parfois lorsqu'on des émotions il y a plusieurs mécanismes qui s'y jouent et d'où les deux types d'esprit.

D'une part, on trouve « *l'esprit rationnel, est le mode de compréhension dont nous sommes en général plus conscients : pondéré, réfléchi, faisant sentir sa présence.* » [Goleman, D, 2014, p.26-27]. Cet esprit est celui où l'on va réfléchir, c'est celui qui s'appuie sur le raisonnement et le bon sens.

D'autre part, « *il existe un autre système de connaissance, impulsif, puissant, parfois illogique : l'esprit émotionnel.* » [Goleman, D, 2014, p.27]. Dans cet autre esprit, on retrouve l'émotion qui nous pousse à agir que ce soit positivement ou négativement. Dans ce système qui est caractérisé par la connaissance, on s'aperçoit quand même qu'il est impulsif, puissant mais parfois complément illogique puisque parfois cela va nous pousser à agir sous l'emprise de l'émotion alors que on aurait voulu faire autrement.

En fait, la distinction entre ces deux esprits correspond « *en gros à la distinction entre le « cœur » et la « tête* » [Goleman, D, 2014, p.27]. Cela penser à lorsque l'on raisonne il y a d'un côté notre cœur et d'un autre la raison.

L'esprit rationnel sera donc celui qui appartient à la tête et l'esprit émotionnel au cœur comme on l'a vue précédemment avec la notion d'amour quand nous agissons.

En revanche, « *la plupart du temps, l'esprit émotionnel et l'esprit rationnel fonctionnent en parfait harmonie, associant leur mode de connaissance très différent pour nous guider dans le monde qui nous entoure.* » [Goleman, D, 2014, p.27]. Pour ressentir ces émotions et pour agir, on a besoin de ses deux esprits qui sont complémentaires entre eux puisque chacun à des connaissances que l'on ne retrouve pas forcément chez l'autre mais cela permet de nous guider.

De plus, « *il y a d'ordinaire équilibre entre les deux, l'esprit émotionnel alimentant en informations les opérations de l'esprit rationnel, celui-ci affinant et parfois rejetant les données fournies par l'esprit émotionnel.* » [Goleman, D, 2014, p.27]. Parfois les deux esprits peuvent être unis mais parfois l'un peu prendre le dessus sur l'autre.

Ceux-ci sont expliqué par le fait que sont « *deux facultés semi-indépendantes, reflétant chacune [...] , le fonctionnement de structures cérébrales distinctes, mais interconnectées.* » [Goleman, D, 2014, p.27]. Les esprits sont là caractérisés comme des facultés qui sont indépendantes l'une de l'autre mais les structures cérébrales elles sont interconnectées.

Souvent, « *le fonctionnement de ses deux esprits est finement coordonnée ; les sentiments s'avèrent essentiels à la pensée, et la pensée aux sentiments. Mais quand les passions s'emballent, l'esprit émotionnel prend le dessus.* » [Goleman, D, 2014, p.27]. Les deux esprits sont bien-sûr coordonné et les sentiments et la pensée sont associés et indissociables cependant quand tout s'emballe c'est toujours l'esprit émotionnel qui prendra le dessus. En conclusion,

lorsqu'on est dépassé par certaines situations, ce sont toujours les émotions qui prendront le dessus sur la pensée.

3.3.3. Vivre avec ses émotions

Dans notre vie nous ressentons tout le temps des émotions et nous devons vivre avec, selon un principe traditionnel de psychologie, « *on peut se délivrer de ses émotions pénibles en les exprimant le plus bruyamment possible, en frappant, criant, pleurant, et le soulagement suivra immédiatement.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.348]. A travers ce principe, on remarque que lorsqu'on exprime ses émotions cela permet de nous soulager, de plus il y a différents moyens pour s'en délivrer comme de crier, de frapper, de pleurer, cependant certaines personnes utilisent d'autres moyens comme le sport, la relaxation pour se délivrer de ces émotions. La délivrance de ses émotions est nécessaire qu'elles soient positives ou négatives sinon cela va donc nous impacter d'une manière ou d'une autre et à force de les garder, la personne va tellement ressentir une immense pression qu'au bout d'un moment elle va exploser ce qui peut donc avoir des impacts sur sa vie personnelle et professionnelle.

Cependant, parfois quand on éprouve des émotions fortes on peut manifester des comportements de violence, « *lorsqu'on éprouve une émotion, en particulier colère ou tristesse, le mieux serait de l'exprimer immédiatement et fortement.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.348]. La colère et la tristesse sont les deux émotions les plus ressenties et représentées quand on parle d'émotion, de plus en général leur intensité peut être forte. Ces émotions fortes vont donc impacter notre comportement et donc il est essentiel de les exprimer.

Si on n'arrive pas à exprimer ses émotions, ce qui est le cas parfois soit par gêne, soit du fait d'une raison que l'on ignore alors on va tout garder en nous ce qui aura un impact négatif et peut donc entraîner l'apparition de certains troubles psychologiques, c'est pour cela que parfois il est nécessaire de faire des thérapies pour se délivrer de toutes ces émotions.

Cependant, l'auteur contre dit cette théorie du soulagement immédiat et de manière forte des émotions. Il dit alors « *il semblerait que ce principe thérapeutique- le soulagement immédiat par l'expression débridée de ses émotions, le défoulement-soit un mythe.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.348]. Alors cette théorie serait une simple hypothèse qui n'a peut-être pas été expérimentée.

Certains psychologues ont étudié les effets de l'expression des émotions de manière débridée et ils ont eu des résultats déconcertants.

Selon eux, « *la colère se nourrit d'elle-même.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.349]. Il semblerait que lorsqu'on demande à des personnes d'exprimer leur colère, ils seraient par la suite plus irritables dans les situations où il serait frustré, ce qui ne permet donc pas de les calmer. « *il semblerait que l'expression de la colère les prédispose à l'éprouver plus souvent.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.349]. Plus la personne va donc exprimer sa colère violemment et plus elle va éprouver de la colère.

Le fait d'exprimer cette colère va donc aussi avoir un impact au niveau du corps puisque quand on est en colère, la tension artérielle et la fréquence cardiaque augmente du fait de l'afflux de sang.

Il en est de même lorsqu'on « *leur demande de se souvenir à nouveau de l'évènement, ils se sentent plus en colère qu'avant l'expérience.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.349]. Quand la personne raconte cet évènement elle a l'impression de le revivre et la colère prend le dessus et la personne se retrouve encore plus en colère qu'avant l'expérience. Le fait de se remémorer quelque chose peut faire revenir l'émotion ressentie pendant l'évènement mais à une intensité plus forte, cela peut être expliqué par le fait que la personne à analyser la situation dans les moindres détails et donc certaines choses peuvent encore plus la mettre en colère.

Donc le fait d'exprimer très violemment la colère va donc faire augmenter la pression artérielle au lieu de la calmer mais surtout cela pourra nous donner « *l'habitude de réagir de plus en plus souvent aux frustrations de l'existence par de la colère.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.349].

Cela peut être expliqué car « *selon la théorie de la catharsis, observer des comportements violents permettrait d'évacuer sa propre violence [...]. En fait, toutes les études ont prouvé que c'est exactement l'inverse qui se produit.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.351]. En réalité le fait de se retrouver face à des comportements violents ferait qu'augmenter notre violence.

Ensuite, selon les psychologues « *les larmes vous rendent encore plus triste.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.349]. En fait, « *pleurer augmente sa sensation de détresse, ainsi que sa fréquence cardiaque et sa tension artérielle.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.349]. Le fait

d'exprimer sa tristesse nous plongerai dans une détresse on peut donc se poser la question de pourquoi cela nous prolongera encore plus dans une sensation de détresse alors qu'on a vu précédemment qu'il fallait exprimer ses émotions, en plus on sait aussi que parfois après avoir pleuré on se sent mieux.

Cependant, les « *chercheurs confirment que pleurer peut soulager, mais surtout si vous pleurs attirent compréhension et consolation d'un interlocuteur bienveillant.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.351]. En fait, pleurer pourrait nous permettre d'évacuer qu'à la condition d'attirer l'attention d'une personne et qu'elle nous console. Sinon, si on pleure toute seule, cela risque d'augmenter notre détresse.

Il se pose donc la question de savoir s'il faut pleurer ou ne pas pleurer, mais dans tous les cas, il ne faut ni se défouler ni renfermer ses émotions, « *l'expression intense des émotions sous forme des défoulements peut avoir des inconvénients à la fois.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.353]. On retrouve dans tous les cas une limite à exprimer ou à ne pas exprimer ses émotions puisque que ce soit d'un côté ou de l'autre entraînera forcément des conséquences.

Cette expression des émotions en se défoulant peut donc avoir des inconvénients à savoir comme l'auteur le dit « *sur votre humeur, en augmentant l'émotion que vous étiez censé apaiser, sur votre santé en accentuant vos réactions physiologiques, sur vos relations avec les autres (Même exprimer trop ouvertement sa joie sans tenir compte de la situation peut exciter envie ou jalousie.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.353]. Le défoulement des émotions va donc accentuer cette émotion que l'on ressent mais aussi au niveau psychologique cela va entraîner des conséquences et accentuer nos réactions et enfin parfois de trop exprimer ses émotions peut modifier les relations avec les autres puisque chacun va percevoir les émotions comme il le souhaite et aura ses propres représentations ce qui peut parfois attiser des conflits ou de la jalousie.

Après avoir évoqué le défoulement des émotions, bien -sûr que pleurer peut apaiser la détresse mais « *à condition qu'elles vous permettent de mieux comprendre et de formuler ouvertement les raisons de votre détresse.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.353]. Quand on se trouve dans une situation où l'on est triste, il est bien que l'on puisse analyser cette tristesse et essayer de la comprendre afin de permettre d'aller mieux.

Pour cela parfois « *la présence d'un proche, qui vous montre de l'empathie, c'est-à-dire qui comprend et respecte votre émotion peut aider.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.354]. Quand on est entouré d'une personne qui nous aime, cela nous permet de pouvoir lui exprimer nos émotions et nos ressentis et cette personne peut nous aider dans le sens qu'elle nous aide à analyser et à comprendre pourquoi on réagit comme cela mais pour faire cela il faut avoir entièrement confiance en la personne et qu'elle-même manifeste de l'empathie envers la personne souffrante.

Nous avons donc abordé l'expression des émotions, maintenant nous allons voir que les émotions peuvent exercer une influence sur notre santé.

En effet, « *le souci de se maintenir en bonne santé a été un des arguments en faveur de l'expression débridée des émotions. Là encore, selon un modèle « hydraulique », on considérerait que la retenue excessive des émotions risquait de favoriser des troubles et des maladies.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.354]. Le fait de retenir ses émotions pourrait donc peut-être entraîner des troubles et des maladies, peut-être plus d'ordre psychologique.

Il est vrai que « *quand nous tombons malade, nous sommes prêts à mettre en relation la survenue de la maladie avec des événements stressants ou des soucis.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.355]. Souvent on attend cela quand on est malade, on se dit j'aurais peut-être du moins « tiré sur la corde », j'aurais du moins stressé. Certaines personnes vont jusqu'à dire que la survenue de leur cancer est liée à leur stress, au souci personnel qu'ils ont eu, on peut donc se poser la question de savoir si le stress pourrait-être une étiologie d'une maladie.

De nombreuses recherches ont été effectuées pour savoir réellement si les maladies ont été causées par les émotions mais les recherches n'ont pas permis de confirmer ses hypothèses. En revanche, « *En fait, tous les médecins aujourd'hui savent que la plupart des maladies sont plurifactorielles, c'est-à-dire due à une variété de cause.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.355]. Les maladies peuvent avoir différentes causes qui peuvent être très variées.

Pour illustrer cela, « *par exemple, si vous souffrez d'asthme, votre maladie est le résultat d'une combinaison entre une prédisposition génétique héritée de vos parents, une exposition à certains allergènes dans votre passé et aujourd'hui, et vos crises peuvent bien se reproduire plus fréquemment en période d'anxiété. Mais l'anxiété n'est pas la cause de l'asthme.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.355]. Ici à travers cet exemple, on voit bien que la maladie peut

avoir plusieurs causes et que même si elle peut être en quelque sorte déclencher par un facteur cela n'est pas la cause de la maladie, ce facteur va juste aggraver la maladie.

Actuellement, « *ne se pose plus la question de savoir si les émotions causent des maladies, mais plutôt quel est leur rôle dans la survenue ou l'évolution de certains types de troubles.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.355]. A travers cela, on comprend que les émotions sont quand même impliquées dans la maladie, qu'elle en soit la cause ou non.

Par exemple, des études ont été menées sur la relation entre les émotions et l'apparition d'un cancer mais aucune n'a abouties, cependant d'autres études ont été menées est on confirmer que certaines émotions peuvent engendrer des troubles cardiovasculaires ainsi que les émotions aurait un impact sur l'immunité mais cela reste que des hypothèses.

Ce qu'il faut retenir est que nos émotions « *influence notre jugement, notre mémoire, notre attitude face aux autres* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.359]. Mais aussi « *joue un rôle essentiel dans notre communication aux autres.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.359]. Nos émotions exercent une réelle influence sur notre vie, sur nos réactions et nos comportements, elles permettent d'entrer en communication avec l'autre puisque dans chaque relation se joue forcément des émotions.

Pour illustrer cela, un concept mis en œuvre par Salovey et Mayer a permis de reconnaître leur importance, il s'agit de « *l'intelligence émotionnelle* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.359]. Un autre terme est possible, il s'agit de la « *compétence émotionnelle* ». [Lelord, F, André, C, 2001, p.359].

Ce terme de compétence émotionnelle, regroupe différents éléments à savoir « *reconnaître ses émotions, pouvoir les nommer et les différencier.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.359]. Le sujet doit être capable de reconnaître ses émotions, pour cela il faut déjà qu'il en ressente, il doit pouvoir dire ce qu'elles représentent pour lui, mais surtout de savoir les différencier et de se rendre compte si elles sont positives ou négatives pour la personne.

On retrouve aussi la notion de « *savoir les exprimer de manière à améliorer la communication avec les autres plutôt que l'endommager.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.360]. La personne doit être capable d'exprimer ses émotions afin de rentrer en relation avec les autres et de favoriser celle-ci. Parfois le fait de ne pas exprimer ses émotions peut être un frein à la relation parce que la personne va retenir ses émotions, ne pas les montrer et cela

peut mettre des distances entre les deux personnes et la relation peut être endommagé. Il est en de même pour la personne qui ne montre pas ses émotions elle peut se retrouver envahi par celles-ci et donc la faire souffrir psychologiquement.

A travers cette notion de souffrance psychologique on retrouve aussi une notion de la compétence émotionnelle qui est de « *savoir les utiliser pour se mobiliser utilement, sans être ni paralysé ni mené par elles.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.360]. Quand on garde ses émotions, qu'on les retient ou quand elles sont trop intenses on peut se retrouver impacter de différentes manières mais elles peuvent surtout impacter la vie de la personne. On peut donc se poser la question de comment utiliser les émotions utilement sans être envahis par elles ?

Enfin, on doit aussi être capable de « *savoir reconnaître les émotions des autres et réagir en conséquence.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.360]. Pour être capable de reconnaître les émotions qui sont ressentis par l'autre, on doit faire preuve d'empathie et de bienveillance envers la personne afin de pouvoir orienter nos réactions.

Pour faire preuve d'empathie avec une personne il faut « *pratiquez l'écoute active et la reformulation.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.371]. Quand on écoute une personne cela lui montre que l'on s'intéresse à elle, quand se montre attentif envers une personne cela la met en confiance et elle peut donc montrer ses émotions. L'écoute active passe aussi par prendre le temps avec la personne, si on n'a pas le temps, on n'est pas disponible totalement pour écouter la personne. L'empathie passe aussi par la reformulation, c'est-à-dire de reprendre les mots exprimés par la personne pour savoir ce qu'elle a réellement compris et ce qu'elle en pense.

L'écoute active et la reformulation serait « *un des meilleurs moyens de comprendre le point de vue de l'autre, c'est de lui confirmer qu'on a bien compris.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.371]. C'est donc bien par la reformulation que l'on comprend réellement le point de vue de l'autre en reprenant ce qu'elle a dit afin de confirmer ce que l'on a compris.

Enfin, la reconnaissance des émotions des autres, suppose aussi d' « *observez attentivement le visage de l'autre.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.370]. L'expression des émotions passe aussi par l'expression du visage, sur un visage on peut lire beaucoup de choses, « *les émotions ont une expression faciale involontaire.* » [Lelord, F, André, C, 2001, p.370].

Quand on ressent une émotion, les mimiques du visage sont spontanées et incontrôlées, parfois lorsqu'on est très ému les larmes montent et cela on ne le contrôle pas.

3.3.4. Le travail émotionnel des soignants

Dans cette partie nous allons voir comment les soignants font avec leurs émotions et qu'est-ce qu'elles représentent.

Tout d'abord, « *la maîtrise des émotions est une obligation implicite, intériorisée par le soignant au cours de sa socialisation professionnelle.* » [Mercadier, C, 2017, p.205]. Dans notre profession d'infirmière, il serait donc indispensable de maîtriser ses émotions, de les laisser intériorisée afin de ne pas les montrer, cela supposerait donc qu'il faudrait les taire mais alors comment faire pour arriver à les maîtriser et à ne pas les montrer ?

Cette maîtrise des émotions « *s'intègre dans un véritable travail émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisée par la neutralité.* » [Mercadier, C, 2017, p.205]. En fait en tant qu'infirmière on devrait selon l'auteur effectuer un travail sur nous pour arriver à maîtriser ses émotions et surtout rester neutre envers le patient. L'auteur qualifie même cette maîtrise de « niveau professionnel », alors on peut se demander si on n'arrive pas dans certaines situations à maîtriser ses émotions et à ne pas les montrer si on est vraiment professionnel.

Cependant les soignants sont en permanence concerné par ce travail émotionnel puisque , « *le travail émotionnel s'accomplit à la fois au cœur de l'interaction et à distance de celle-ci, au sein même de l'hôpital mais aussi à l'extérieur.* » [Mercadier, C, 2017, p.205]. Ce travail que les soignants ont à faire sur eux pour maîtriser leurs émotions va s'accomplir pendant qu'il vont interagir avec la personne puisque dans cette interaction se joue de nombreuses choses mais aussi en dehors de celle-ci puisque le soignant repense à ce qu'il s'est passé que ça soit à l'hôpital ou à son domicile même si souvent on dit que ce qui se passe au travail reste au travail, mais lorsqu'on a ressenti des émotions fortes parfois on n'y pense encore à l'extérieur de notre travail, cela s'explique par le fait que « *toutes les facettes de la vie du soignant (professionnelle mais aussi personnelle, familiale, sociale) peuvent être touchées par l'impact émotionnel de l'interaction avec le soigné et, à leur tour, contribuer à neutraliser, canaliser ce dernier.* » [Mercadier, C, 2017, p.205]. Ce n'est pas seulement pendant son travail que le soignant peut être impacté par des émotions mais aussi à son domicile , en fait toute la vie du

soignant peut en être impacté puisque quand on est soignant on est humain et on a forcément une personnalité, un caractère qui ne change pas entre le travail et le domicile donc l'impact va au-delà de la profession.

On a donc vu que dans la profession d'infirmière il était nécessaire de maîtriser ses émotions et son affect mais alors comment faut-il faire ?

« La maîtrise des affects au cours de l'interaction soigné-soignant est assurée par des modalités particulières d'entrée et de sortie de cette interaction, par une mise à distance des différents sens protégeant ainsi l'aperception émotionnelle à laquelle la protocolisation des soins contribue étroitement. » [Mercadier, C, 2017, p.205]. La maîtrise des émotions suppose donc de mettre une distance entre le soignant et le soigné afin de protéger l'un et l'autre ce qui serait expliqué par les différents protocoles de soins qui vont contribuer à ne pas forcément percevoir les émotions des autres.

Pour expliquer cette protocolisation des soins qui aurait un lien avec la maîtrise des émotions, *« analyser la protocolisation des soins comme une ritualisation moderne de l'activité soignante permet de révéler sa fonction protectrice. Elle fait bien partie d'un ensemble de stratégies qui permettent au soignant de garder la maîtrise de ses émotions dans le rapport au corps malade. »* [Mercadier, C, 2017, p.209]. Comme on l'a vu, les protocoles de soin permettraient de guider le soignant, d'appliquer une technique rigoureuse ce qui lui permettrait de maîtriser ses émotions puisqu'un protocole de soins indique les étapes du soin mais ne prend pas en compte la dimension relationnelle avec le patient. En quelque sorte les protocoles permettraient de protéger le soignant de certaines émotions.

Ce protocole va donc mettre en œuvre une mise à distance du patient et donc *« le protocole permet de limiter l'impact émotionnel que pourraient susciter les gestes et le contact liés au soin. »* [Mercadier, C, 2017, p.213]. Le protocole induit une mise à distance du malade puisque son rôle est de guider le soin dans l'application des consignes pour réaliser un geste technique, donc le soignant se concentrerait plus sur la technique avec le respect du protocole et moins sur le patient.

On peut aussi expliquer cette maîtrise des affects, *« l'usage que les soignants font de la parole, qui peut parfois se teinter d'humour, participe également pour une grande part à cette maîtrise des affects. »* [Mercadier, C, 2017, p.205]. Quand on communique avec une

personne parfois on utilise l'humour afin d'atténuer les choses. Les soignants utilisent souvent des mécanismes de défenses afin d'arriver à maîtriser ses émotions et à ne pas être trop impacté.

Le fait d'utiliser la parole « *atténue l'effet de l'aperception sensorielle, donc de son impact émotionnel.* » [Mercadier, C, 2017, p.212]. La parole permet donc au soignant de percevoir certaines choses, certaines émotions du patient. Même si on peut percevoir certaines choses par la communication verbale, la parole reste quand même essentielle à la perception de sens et d'émotions.

La parole « *a pour fonction de neutraliser l'émotion.* » [Mercadier, C, 2017, p.213]. C'est-à-dire qu'elle va atténuer l'émotion, l'empêcher d'avoir une action contraire.

Ainsi parfois « *quand parler avec le patient ne suffit pas à éloigner l'émotion que sa vision et son contact suscitent, parler avec les collègues semble beaucoup plus efficace.* » [Mercadier, C, 2017, p.216]. En tant que soignant, il est important lorsqu'on ressent des émotions intenses d'en parler à ses collègues afin de pouvoir réfléchir et analyser ce que l'on a ressenti mais surtout pour que l'émotion ne prenne pas le dessus et nous impacte trop. Le fait d'en parler permet aussi peut-être de laisser la main à un autre professionnel quand on se retrouve trop impacté.

Nous avons vu précédemment que l'humour pouvait permettre aux soignants de maîtriser leurs émotions, « *dans l'interaction soignant-soigné, le rire vient au secours des intercalants pour échapper à une situation incongrue ou pénible ; il sauve le soignant du désarroi.* » [Mercadier, C, 2017, p.218]. À travers le rire, cela peut aider les soignants à mieux gérer ou vivre une situation difficile, cela leur permet d'être moins en difficulté et peut-être de relativiser certaines choses.

Le rire permet aussi de dédramatiser une situation, cependant derrière le rire on peut cacher une souffrance. Peut-être que les soignants utilisent le rire pour ne pas montrer qu'il ressent des émotions et peut-être qu'ils aussi souffrent ou ont peur.

En réalité, « *le rire vient toujours à la place d'une émotion pénible.* » [Mercadier, C, 2017, p.220]. Le rire va permettre de désamorcer une émotion difficile et de prendre sa place. Il va permettre d'atténuer une émotion qui est pénible pour nous.

Le rire « *a une fonction d'épargne psychique : peur, honte, colère sont des émotions qui éprouvent celui qui les ressent, qui laissent parfois une empreinte dont il est difficile de se débarrasser.* » [Mercadier, C, 2017, p.220]. Le rire va permettre au soignant d'être épargné d'une émotion qui pourrait entraîner des conséquences pour lui, cela permet que le soignant ne soit pas trop impacté au niveau psychique. Les émotions comme la peur, la honte, la colère et la tristesse sont des émotions dites principales puisqu'elles sont les plus ressenties et c'est celle qui va le plus avoir un impact sur la personne.

On a vu précédemment le fait d'exposer ses émotions à ses collègues de travail va « *contribuer encore à la maîtrise de ces émotions. Elles sont ensuite rangées dans la mémoire, laquelle est réactivée par des situations similaires.* » [Mercadier, C, 2017, p.240]. Le fait d'exprimer ses émotions à ses collègues, permettent aux professionnels de mieux les maîtriser, de plus celles-ci seront enregistrées dans notre mémoire et lorsqu'on va vivre des situations similaires celles-ci seront réactivées, c'est-à-dire que l'on peut ressentir les mêmes émotions et cela va réactiver certaines choses chez nous.

Donc le fait d'exposer ces émotions veut donc dire qu'il est nécessaire de les exprimer et donc il ne faut pas les taire, mais faut-il vraiment les exprimer et les montrer aux patients ? cela ne serait-il pas dépassé une certaine distance avec le patient ?

Pour exprimer leurs émotions, les soignants ont tous des moyens qui leur sont propres pour les exprimer, certains par exemple utilisent les loisirs, le sport, « *ils sont une ressource pour faire face aux tensions négatives, par la mobilisation de tensions positives qui permettent de libérer pacifiquement les émotions.* » [Mercadier, C, 2017, p.258]. En utilisant le sport comme moyen d'exprimer ses émotions, de les libérer, le soignant va ressentir des émotions positives et les émotions négatives qu'il a ressenties avant le sport vont disparaître. En fait les émotions positives vont prendre le dessus sur les émotions négatives et donc le soignant va se sentir libérer.

Chaque soignant à sa manière d'extérioriser ses émotions, de s'en libérer afin de lui permettre de se protéger et que cela n'impacte pas sa vie professionnelle et personnelle, ce qui est le cas parfois quand les émotions sont trop intenses.

3.4. Les affects

3.4.1. L'affect

Selon, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexical (CNTRL), l'affect est défini par une « *disposition affective élémentaire que l'on peut décrire par l'observation du comportement, mais que l'on ne peut analyser.* »¹⁹. A travers cette définition, on retrouve la notion de changement puisque l'affect s'observe par le comportement, ce qui suppose donc que lorsqu'on est affecté notre comportement change. En revanche, l'affect ne pourrait être analysé, peut-être parce que cela est bien trop complexe.

Le terme d'affect peut aussi renvoyer « *à un mouvement impulsif, massif, irrépressible, et se rapproche de ce point de vue des passions.* » [Perea, F, Levivier, M, 2012, p.72]. L'affect correspond à un mouvement involontaire, immédiat et qui est brutal. L'affect serait lié aux passions.

L'affect serait en psychanalyse « *un composant de la pulsion, lié, de manière mobile, à la représentation. Il est alors une poussée énergétique et une expression qualitative de cette poussée, un phénomène à la fois somatique et sensible, et conduit à un « état affectif, pénible, ou agréable, vague ou qualifié, qu'il se présente sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale.* » [Perea, F, Levivier, M, 2012, p.72]. L'affect va donc composer la pulsion qui va nous pousser à agir, cela représente donc cette énergie, cette pulsion énergétique qui va faire que l'on va agir et cet affect va s'exprimer par le corps mais aussi par le psychisme. Cet affect peut donc être agréable ou désagréable pour la personne.

L'affect « *présente une décharge massive ou une tonalité générale de sentiments imprégnant une expérience.* » [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.67]. Donc l'affect est lié aux sentiments que l'on va vivre durant une expérience et pendant cette expérience il va y avoir une décharge de sentiments qui vont conduire à l'affect.

Pour Freud (1915), « *les affects et les sentiments correspondent à des processus de décharge dont les manifestations finales sont perçues comme des sensations.* ». Là encore on retrouve le lien entre les affects et les sentiments qui correspondent tous les deux à des phénomènes de décharges et qui vont entraîner chez la personne des sensations.

¹⁹ [AFFECTS : Définition de AFFECTS \(cnrtl.fr\)](http://cnrtl.fr/definition/affect)

Au niveau de la psychanalyse, *« l'affect se situe dans une polarité positive/négative car renvoyant à la dialectique plaisir/déplaisir que l'appareil psychique se changera de traiter. »* [Remmas, N, 2017, p.139]. L'affect peut donc être à la fois positif ou négatif pour une personne et donc renvoyer au psychisme, à notre vécu, c'est donc notre esprit qui se chargera de traiter cet affect.

L'affect *« est l'expression qualitative de l'énergie mise en œuvre dans le mouvement pulsionnel et de son destin. »* [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.67]. L'affect exprime *« la qualité de l'énergie qui va être mise en œuvre lors de la pulsion et de son devenir, il pourrait donc être défini comme « un représentant de l'énergie pulsionnelle. »* [Remmas, N, 2017, p.139].

Comme on l'a vu précédemment, *« l'état affectif ressenti par le sujet est de qualité variable, du plaisir au déplaisir. »* [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.67]. L'affect que va ressentir une personne peut être positif avec le plaisir ou négatif avec le déplaisir, cela va dépendre de la personne puisqu'on ne ressent pas les mêmes choses.

Pour expliquer l'affect et la pulsion, *« le refoulement est responsable de l'inhibition de la transformation d'une motion pulsionnelle en affect. »* [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.68]. C'est le refoulement qui va transformer la pulsion en affect.

Ce lien qui unie l'affect et la pulsion est que *« le destin des pulsions est directement lié à trois traitements de l'affect dans le psychisme si l'on considère que l'affect se définit comme la traduction subjective (qualitative) de la qualité d'énergie pulsionnelle : soit il subsiste tel quel ; soit il subit une transformation en un quantum d'affect de qualité différente, principalement en angoisse ; soit il est réprimé et son développement est franchement empêché. »* [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.68]. La pulsion se situe donc dans le traitement de l'affect au niveau du psychisme, donc soit la pulsion reste telle, soit elle va subir une transformation qui va la transformer en angoisse ou la pulsion va être empêchée de se développer.

L'émotion est donc aussi liée à l'affect puisque *« l'affect, qui traduit subjectivement la quantité d'énergie pulsionnelle mise en mouvement et peut se transformer en créant des vortex affectifs complexes, pourrait être considéré cliniquement et écologiquement comme « l'émotion de la pulsion. »* [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.68]. L'affect représente donc l'émotion de la pulsion, c'est-à-dire que quand on est affecté, c'est la pulsion qui nous pousse à agir et donc on ressent des émotions à travers cette pulsion. On reverra dans la prochaine partie, le lien que l'on peut établir entre émotion et affect.

Selon la théorie des affects de Freud en 19915, l'affect « *se situe comme un phénomène de la vie émotionnelle du sujet qui impliquent la complexité des dynamiques psychiques profondes [...]* . » [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.68]. Quand on se retrouve affecté il y a des émotions qui apparaissent mais tout cela est complexe au niveau du psychisme.

De plus, « *les affects ou épisodes émotionnels désignent les faces subjectives des émotions basales (et ont, de ce point de vue, une durée relativement brève) ou des sentiments (ils peuvent alors durer).* » [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.72]. Les affects sont liés aux émotions de bases qui peuvent être la tristesse, la colère... , de plus du fait de leur lien avec l'affect, les émotions vont durer de manière brève. On retrouve aussi avec l'affect et les émotions la notion de sentiments. Les sentiments peuvent être définis comme « *une faculté de sentir, de percevoir une sensation.* »²⁰. A travers, cette définition on retrouve la notion de sensation que l'on retrouve aussi dans la définition des émotions mais aussi dans l'affect puisque lorsqu'on est affecté on va ressentir des sensations. Ces trois termes sont donc liés.

A présent, nous allons, nous intéresser à l'affect dans la relation de soins, tout d'abord, selon le texte « l'affect dans la relation de soins entre répression et Isolation » de Nassima Remmas, il a été mené des entretiens auprès de soignants qui pour certains ont révélé que au fur et à mesure de leur carrière une distance relationnelle se mettait en place, au début de la carrière, celle-ci serait inexistante puis s'installe progressivement, « *ceci s'est donné à voir à travers la limitation du temps passé au chevet du patient, l'évitement de toute écoute de sa souffrance et la concentration sur les soins techniques dans une certaine tentative de maîtrise de l'affect.* » [Remmas, N, 2017, p.137]. En fait, les soignants utilisent différentes façons de maîtriser leur affect, cela passerait par la technicité des soins, la diminution du temps passé auprès du patient et en quelque sorte l'évitement puisque le patient a besoin d'être écouté et il est souffrant et parfois cela va envahir le soignant et donc l'affecté, c'est pour cela que les soignants mettent une distance avec le patient. En revanche, on remarque ,une notion importante qui en ressort, on pourrait faire l'hypothèse avec l'expérience que le soignant serait moins affecté ,puisqu'au début de sa carrière il ne laisse pas de distance et qu'au fur et à mesure progressivement il y a eu une qui s'installe. Cela pourrait être aussi expliqué par la mise en place de mécanismes de défenses pour lui éviter d'être trop affecté.

²⁰ [SENTIMENT : Définition de SENTIMENT \(cnrtl.fr\)](http://cnrtl.fr/definition/SENTIMENT)

Dans notre profession, *« la confrontation répétitive des soignants à l'insatisfaction représente une porte d'entrée vers la souffrance qui s'installe [...] quand les capacités intellectuelles sont débordées, quand le retentissement émotionnel encombre le psychisme, étouffant l'activité intellectuelle et la capacité imaginaire. »* [Barus ,M , 2004, p.29]. Les soignants peuvent être confronté de manière répétitive à l'insatisfaction, c'est-à-dire qu'ils sont insatisfaits de certaines choses dans leur profession, cela peut-être de l'organisation ou de leur rôle, parfois ils sont insatisfaits car ils ont le sentiment de ne pas avoir fait les choses comme il faut ou de ne pas avoir assez de temps. Le fait d'être insatisfait de manière répétitive peut amener le soignant à souffrir de cette situation ce qui va du coup l'impacter.

A travers notre métier d'infirmière, *« prendre soin de l'autre impliquerait des mécanismes identificatoires à la douleur et à la souffrance de l'autre, ce qui pourrait affecter l'économie psychique du sujet. »* [Remmas, N, 2017, p.136]. On retrouve là , l'impact de l'affect dans notre psychisme. Quand on prend soin d'un patient, il peut nous arriver d'être affecté par ce qu'il ressent et si cet affect est trop important cela nous impacter et donc nous amener à ressentir de la souffrance.

De ce fait , *« la mobilisation affective liée au déplaisir et la difficulté d'élaboration des représentations et affects ont une incidence sur l'équilibre psychique. »* [Remmas, N, 2017, p.141]. Quand les soignants se retrouve trop affecté, cela va avoir une incidence psychique et auront du mal à passer outre.

Pour que le soignant ne soit pas trop impacté par l'affect et pour qu'il puisse continuer à exercer sa profession *« sans que sa pensée ne soit atteinte par cette excitation pulsionnelle, l'affect pourrait être « refroidi » à travers les mécanismes d'isolation ou de la répression. »* [Remmas, N, 2017, p.142]. Nous allons voir à présence ces deux mécanismes afin d'expliquer comment les soignants font pour ne pas trop être impacté.

Dans un premier temps, *« l'isolation permet d'affaiblir la représentation insupportable en isolant la chaleur de l'affect, de même que la rupture de la connexion associative et la mise en lien des pensées. »* [Laplanche, Pontalis, 1967]. Cette isolation permettrait donc au soignant de ne pas avoir de représentation insupportable et donc cela permettrait de ne pas mettre ses représentations en liens avec la pensée.

Cette isolation, *« peut-être lié au mécanisme de « déplacement », où le sujet ne manifestant pas d'affects face à des situations éprouvantes, pourrait exprimer une forte émotion face à d'autres*

situations « plus ordinaires » et moins pénibles. » [Remmas, N, 2017, p.142]. Le sujet pourrait donc déplacer son affect ce qui va faire que soit il va en manifester pour certaines situations complexes, soit il ne va pas en éprouver ou alors il va en éprouver mais pour des situations plus habituelles.

L'hypothèse qu' « *au début de leur profession les soignants étaient plus proches de leurs patients et l'affectivité était au premier plan (plus de bienveillance pendant les soins, tristesse et peine après le décès des patients.). Au fil du temps, la relation devenait plus distante en se basant essentiellement sur les soins techniques ; ceci semble être l'affect de l'isolation qui permet aux soignants de faire l'économie de l'affectivité en traitant un corps/objet, dans une tentative de maîtrise de leur angoisse.* » [Remmas, N, 2017, p.142]. On retrouve encore la notion de distance entre le soignant et le patient qui s'installe au fil des années donc on peut aussi dire que l'affectivité envers le patient diminue puisqu'une distance s'installe, ce qui va donc enlever en quelque sorte le relationnel à la profession et les soignants vont donc être plus des techniciens avec la maîtrise de l'aspect technique des soins et donc considérer le patient comme corps/objet et plus comme un patient à part entière. C'est peut-être à travers cela que les soignants arrivent parfois à moins ressentir d'affect et donc à être moins impactés.

En revanche, « *isoler et supprimer l'affect pourrait avoir des conséquences fâcheuses sur l'équilibre du sujet, ce qui pourrait expliquer en partie, la symptomatologie somatique exprimée par les soignants.* » [Remmas, N, 2017, p.143]. Quand les soignants se retrouvent inconsciemment affectés par une situation, cet affect peut se manifester chez eux par des somatisations comme des maux de tête... , le soignant n'a pas conscience qu'il est affecté puisqu'il n'exprime pas d'émotions directes mais il se trouve quand même affecté et cela se manifeste par différentes somatisations .

On retrouve aussi le deuxième mécanisme de défenses qui est la répression , elle fait « *partie des mécanismes agissant sur l'affect- est définie comme le fait de rejeter un contenu déplaisant hors du champ de la conscience.* » [Laplanche, Pontalis, 1967]. La répression permettrait au soignant de passer outre une situation déplaisante et que cette situation soit rejetée de la conscience du soignant. Ce mécanisme permettrait aussi au soignant de se défendre contre l'envahissement de l'affect.

Cependant, « *l'affect réprimé peut devenir seulement préconscient pour resurgir à certains moments, ou disparaître comme dans l'isolation.* » [Ionescu, Jacquet, Lhote, 2005]. C'est-à-dire que l'affect pourrait quand même faire partie de la conscience et ressortir à tout moment,

il serait gardé en mémoire ou alors pourrait disparaître. C'est-à-dire que dans la répression, il peut être réactivé à tout moment lorsqu'on est de nouveau confronté à une situation similaire. Les deux mécanismes que l'on vient de voir, ont des points communs, tout d'abord, le mécanisme de clivage à travers la notion de séparation. Mais aussi « *d'une part l'isolation est assimilés à un certain « clivage » permettant la rupture du lien entre pensées ou entre représentations et affects.* » [Laplanche, Pontalis, 1967] et « *d'autre part, la répression représente un « clivage » du contenu de la conscience.* » (Ionescu, Jacquet , Lhote, 2005). On retrouve bien à travers ces deux mécanismes, la notion de clivage , avec la séparation de la pensée et des représentations des affects mais aussi la séparation du contenu et de la conscience. Ces deux mécanismes peuvent donc comme on l'a vu expliquer la maîtrise des affects et donc permettre au soignant de « *tolérer la relation de soins sans se laisser dévorer par les affects réactivés.* » [Remmas, N, 2017, p.144].

3.4.2. De l'émotion à l'affect

Dans cette partie, nous allons donc analyser le lien qu'il pourrait exister entre les émotions et les affects.

Tout d'abord, il paraît important de faire la distinction entre sentiment, affect et émotions car souvent on croit que ces trois notions sont liées.

« *Le sentiment est davantage tourné vers l'intérieur serait une entité plutôt secondaire, issue de la construction de structures psychiques qui l'accueillent. L'émotion et l'affect sont conçus plutôt comme tournés vers l'extérieur et donc dans une fonction d'adresse à l'autre, la pulsion est le vecteur du princeps.* » [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.73]. Ce qui différencie les sentiments, les émotions et les affects est vraiment la notion de pulsion puisque dans les émotions et l'affects on retrouve cette notion que l'on ne retrouve pas dans les sentiments. De plus les sentiments seraient internes à la personne alors que l'émotion et l'affect serait plutôt tourné vers l'extérieur.

Au niveau de la notion de conscience des émotions et des affects, on sait que « *l'émotion s'éprouve et apparaît au sujet alors conscient de son état [...], par contre l'affect peut-être très bien considéré théoriquement et cliniquement hors du moi conscient.* » [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.68]. En fait quand la personne ressentirait des émotions elle serait totalement consciente

de cela alors que quand la personne serait affectée elle n'aurait pas forcément conscience de cela, ce phénomène pourrait se dérouler hors de son moi conscient.

En fait, « *l'affect s'impose de l'intérieur et l'émotion passe en traversant, il s'agit donc pour le sujet d'un mouvement ou d'un changement bien plus que d'un statut ou d'une structure.* » [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.68]. On retrouve toujours cette notion d'intérieur et extérieur, l'affect se passe vraiment à l'intérieur de la personne ce qui peut expliquer que parfois la personne n'arrive pas à savoir pourquoi elle est affectée et comment l'expliquer. Alors que l'émotion, la personne peut en général l'expliquer puisqu'elle se passe à l'extérieur du corps.

Pour dire que l'affect et l'émotion ont un lien, « *c'est donc le trait de décharge qui permet de situer l'affect dans le processus émotionnel empirique et cela permet de conserver une cohérence entre l'émotion entendue comme processus physio-psychologique et la définition de la pulsion où la sollicitation corporelle biologique et essentiellement au premier plan [...].* » [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.67]. Dans l'affect on retrouve la notion de décharge qui va aussi être impliqué dans l'émotion puisque quand on ressent une émotion on retrouve cette notion de décharge émotionnelle et donc l'affect et l'émotion ont donc un lien dans le processus émotionnel car tous les deux vont y participer. De plus l'émotion est un processus qui est à la fois physique et psychologique comme l'affect puisque l'on ressent des sensations.

4. Synthèse cadre de référence

Dans cette partie, nous retrouverons une synthèse de mon cadre de référence.

Dans les références que j'ai utilisées et dans l'analyse que j'ai menée nous retrouvons que le soin est fortement lié aux émotions et à l'affect puisque dans une relation de soin, il y a des choses qui s'y jouent et parfois cela est difficile à expliquer.

De plus dans notre profession, en tant que soignant, nous sommes en permanence dans les relations de soin confronté avec la souffrance, la tristesse, la dépendance, la mort ce qui va induire chez le soignant de l'empathie et il va ressentir certaines choses qui vont être perçues différemment chez un soignant à l'autre, cela s'explique par le fait que chaque soignant se fait des représentations de choses, certainement liées aux propres événements

de sa vie qu'il a pu vivre, ressentir dans ces précédentes expériences, cela peut être aussi lié à l'éducation qu'il a pu recevoir durant son enfance.

Toutes ces représentations du soin, des émotions, de l'affect vont donc influencer la pensée du soignant et par conséquent ce qu'il va ressentir.

Il en est de même que dans le soin, on retrouve cette notion d'affectivité puisque le relationnel et l'affectivité sont liés.

Le soin se fonde essentiellement sur le relationnel et lorsqu'on est en relation avec une personne, on ressent forcément des choses qui vont être représentées par les émotions et l'affect.

On peut alors après avoir fondé le cadre théorique, se poser plusieurs questions, qu'est-ce qui gêne dans les émotions ? Comment rendre supportable cette question de l'affect et des émotions ? En quoi les émotions et les affects influencent-ils la relation avec le patient ?

Ces questions vont peut-être nous aider pour la suite du travail, à savoir l'analyse croisée des entretiens et la problématisation.

5. Enquête exploratoire

5.1. Méthodologie de recherche

Pour réaliser mon enquête, j'ai donc choisi d'utiliser la méthode de l'entretien semi-directif.

Tout d'abord, l'entretien est une situation, un outil dans lequel il y a un temps de rencontre avec une autre personne, c'est un moment d'échange et d'écoute, cela permet de recueillir des informations venant de la personne, ce qu'elle perçoit, ce qu'elle pense. C'est une recherche de sens, savoir quel est le ressenti du professionnel.

Dans l'entretien semi-directif, c'est un entretien qui est centré, on utilise une question « inaugurale » large , par exemple «Pouvez-vous me racontez un exemple de situation qui vous a touché/affecté ? », suivi de plusieurs questions de relance (avec des thèmes et des sous thèmes) afin de permettre de recentrer la personne si elle s'éloigne trop du sujet , par exemple :Pour vous qu'est-ce qu'un soin ?

J'ai donc choisi cet outil car je souhaiter laisser la parole à mes interlocuteurs. J'ai quand même établi un guide d'entretien afin de leur poser des questions mais tout en gardant à l'esprit que c'est à l'interlocuteur de parler, ce guide restera près de moi lors de mes entretiens afin de ne pas trop m'écarter de mes objectifs et les questions du guide sont là pour recentrer l'entretien si jamais celui-ci s'éloigne trop de mes objectifs.

Pour effectuer ces entretiens, j'ai donc établi le guide d'entretien que vous trouverez dans mes annexes, celui-ci porte sur différentes parties, à savoir le soin, les émotions et les affects.

A travers ces entretiens ,mes objectifs sont dans un premier temps de connaître mon interlocuteur, son parcours, de me présenter à lui afin qu'il comprenne ma démarche et mes objectifs de ce travail et qu'il soit dans un environnement chaleureux afin qu'il puisse se confier lors de l'entretien. Ensuite, mon but est aussi de savoir ce que représente le soin pour le soignant en liens avec ses expériences professionnelles.

Puis, de savoir où le soignant place l'émotion et de savoir si le soignant différencie l'affect de l'émotion et savoir ce qu'il fait de ses émotions et de ses affects.

Pour réaliser ces entretiens, je vais donc les enregistrer afin de pouvoir les retranscrire intégralement, avec des détails précis après qu'il est eu lieu. Je vais donc utiliser le dictaphone présent sur mon smartphone, bien-sûr avant de commencer l'entretien, je demande l'autorisation à mon interlocuteur de l'enregistrer.

Avec l'accord de mon directeur de mémoire, j'ai donc choisi d'interroger des personnes que je connaissais, en revanche , les personnes ne connaissent que le thème de mon mémoire avant l'entretien et pas le guide d'entretien afin que les réponses soient vraiment les plus spontanées possible.

J'ai donc choisi d'effectuer cinq entretiens, dont deux avec des infirmières libérales dont une à la retraite, j'ai donc fait ce choix car le milieu du libéral est un de mes projet professionnel pour l'avenir.

Ensuite j'ai effectué un entretien avec une étudiante infirmière de ma promotion qui est aussi une ancienne aide-soignante et qui m'a aidé dans l'élaboration de mon guide d'entretien.

Enfin, j'ai interrogé deux infirmières diplômées récemment.

5.2.Réalisation de l'enquête

J'ai donc réalisé mes entretiens durant le mois de mars, ceux-ci se sont déroulés dans plusieurs lieux.

Lorsque j'ai interrogé Roxanne, infirmière libérale à la retraite, c'est moi qui me suis déplacé à son domicile, lors de cet entretien, le cadre était donc chaleureux puisque l'entretien s'est déroulé dans le salon de l'infirmière, sur son canapé autour d'un verre ce qui a permis d'instaurer un environnement chaleureux. De plus, l'infirmière était ravie de participer à cet entretien en plus, elle a déjà fait ce genre d'entretien avec d'autres étudiants infirmiers, ce qui a donc faciliter le déroulement de l'entretien puisqu'elle connaissait déjà la méthodologie. Cela lui a donc aussi permis de se replonger dans le métier et de penser à autre chose que sa vie actuelle ce qu'elle a très apprécié et me la fait savoir.

Pour l'entretien avec Carole, infirmière libérale, celui-ci s'est donc déroulé dans son cabinet, un soir, après avoir pris rendez-vous avec elle par téléphone.

Celui-ci s'est donc déroulé dans la pièce principale du cabinet qui est le bureau. Lors de cet entretien, il a duré moins de temps que les autres, peut-être parce que l'infirmière après l'entretien avait des papiers à faire et donc peut-être qu'elle était un peu pressé mais elle a quand même répondu à la plupart de mes questions et après cet entretien on a pu échanger sur son activité libérale et l'organisation de son cabinet et j'ai pu même rencontrer une de ses collègues qui venait au bureau avant d'attaquer sa tournée du soir donc ce qui m'a permis aussi de me conforter dans le choix de devenir infirmière libérale à l'avenir.

Ensuite, l'entretien avec Charlène, étudiante infirmière, s'est déroulé dans l'enceinte de l'institut de formation en soins infirmiers car nous avions que ce moment-là avant d'attaquer notre journée de cours. Donc nous nous sommes installés dans une salle où nous étions au calme. À la base, j'ai effectué cet entretien dans le but de tester mon guide d'entretien et au final cet entretien, s'est révélé très intéressant et a permis de pouvoir répondre à mes objectifs donc je me suis permise avec l'accord de l'étudiante de conserver cet entretien et de m'en servir dans le cadre de mon mémoire.

Puis, j'ai donc effectué un entretien avec Noémie, infirmière diplômée depuis presque deux ans, celui-ci a eu lieu à mon domicile, dans mon salon pour être dans un cadre plus chaleureux et permettre de mettre l'interlocuteur en confiance. Le fait d'interroger un jeune diplômé permet

d'avoir son ressenti à la sortie du diplôme et donc aussi de pouvoir comparer son ressenti avec les autres infirmières interrogées, en l'occurrence, les deux infirmières libérales qui sont des infirmières plus expérimentées.

Enfin, le dernier entretien avec Alix, qui est aussi une jeune diplômée, s'est déroulé en visioconférence car nos emplois du temps ne permettaient pas de se rencontrer. Au départ, j'étais réticente à faire cet entretien par visioconférence mais n'ayant pas le choix, j'ai dû donc l'effectuer de cette manière-là et au finalement celui-ci s'est très bien déroulé, malgré la distance entre nous, le contact est bien passé et l'entretien était plutôt chaleureux, ce qui a permis aussi d'obtenir différentes informations et expériences de la part d'Alix.

Une fois les entretiens effectués, j'ai donc choisi de retranscrire immédiatement ceux-ci afin de ne pas oublier certaines informations. Vous retrouverez cette retranscription dans mes annexes.

5.3. Analyse des entretiens

Dans cette partie, une analyse croisée de mes entretiens est présentée de manière thématique et en faisant le lien avec le cadre théorique.

Tout d'abord, au niveau du thème sur la présentation de l'interlocuteur, on remarque qu'aucune infirmière a le même âge. On peut retrouver Carole et Roxanne qui sont des infirmières d'une soixantaine d'année, Noémie et Alix qui sont de jeunes infirmières âgées d'une vingtaine d'année, et enfin, on retrouve Charlène qui est une ancienne aide-soignante et étudiante infirmière en 3^{ème} année, qui a trente ans.

On remarque que toutes les infirmières ont différentes expériences qui sont différentes entre-elles.

Carole et Roxanne ont un point commun puisqu'elles ont toutes les deux une expérience dans le secteur du libéral puisque Carole est actuellement infirmière libérale et Roxanne une ancienne infirmière libérale à la retraite depuis trois ans.

Toutes les deux, avant d'être infirmière libérale ont eu une expérience professionnelle en hôpital privé ou public. Pour Roxanne, elle a exercé essentiellement en clinique privée car pour elle « *la relation dans cette clinique-là était tout à fait familiale et j'attache une grande importance au social, à la relation avec le patient.* » [Roxanne, 1.23]. De plus, elle a travaillé essentiellement en service de chirurgie.

Carole quant à elle, à exercer dans différents centres hospitaliers , dans des services de réanimation néonatale, en chirurgie thoracique, en pneumologie et dans une maison de retraite médicalisé.

En ce qui concerne Noémie et Alix qui sont jeunes diplômés puisque Noémie est diplômée depuis juillet 2020 et Alix depuis juillet 2021.

Noémie à commencer à exercer sa profession d'infirmière en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendante), puis elle a travaillé en service de soins de suite et de réadaptation et d'état végétatif chronique et actuellement elle travaille dans un service de médecine post-urgence.

Alix travaille en cardiologie depuis l'obtention de son diplôme, elle a aussi eu des expériences pendant sa formation d'infirmière en psychiatrie, en pneumologie, en cardiologie et en libéral. Enfin, Charlotte qui est étudiante infirmière à effectuer des stages en maison de retraite, en médecine, en oncologie et en secteur libéral. Elle a pour projet à la suite de l'obtention de son diplôme d'exercer en oncologie.

Lors des entretiens, il a été demandé aux infirmières de se présenter en tant qu'infirmière.

Pour Charlène qui n'est pas encore infirmière, elle a décrit comment elle aimerait être en tant qu'infirmière. Ce qui est important pour elle, s'est d'avoir un bon relationnel avec le patient, d'être à l'écoute des patients .De plus elle aimerait être une infirmière qui a acquis une certaine technique.

Lors de l'entretien avec Roxanne, elle s'est plutôt présentée sur le plan personnel et professionnel mais elle n'a pas dévoilé ses qualités et la manière dont elle exercer sa profession.

Pour Carole il en est de même, elle a abordé lors de l'entretien, sa vie professionnelle avec ses différentes expériences ainsi que la raison pour laquelle elle a choisi de terminer sa carrière par l'exercice en libéral. Le libéral pour elle est un secteur très riche en actes, de plus on retrouve beaucoup de choses que l'on fait aussi à l'hôpital.

Ensuite Noémie, à beaucoup évoluer depuis l'obtention de son diplôme et a effectué un travail sur elle-même au niveau de sa patience.

Elle pense « *être une infirmière plutôt détendu.* » [Noémie, l.18]. Elle pense aussi « *être proche de mes patients* » [Noémie, l.19]. En revanche, elle se décrit comme « *pas très technicienne.* » [Noémie, l.20].

Pour Alix, du fait qu'elle soit diplômée depuis pas longtemps, elle essaye de prendre confiance en elle, elle pense être patiente, être à l'écoute et elle essaye d'expliquer au maximum les soins au patient, de plus, elle essaye de « *faire au maximum pour que les patients se sentent le mieux possible et j'essaie de trouver des solutions pour qu'ils soient le mieux possible et les rassurer.* » [Alix, l.23].

Dans les différentes présentations des infirmières, on retrouve bien la notion de relation avec le patient qui ressort avec l'écoute, la proximité, le dépassement de soi pour apporter au maximum aux patients mais aussi on retrouve cette notion de technique pour prodiguer des soins.

Ensuite, nous allons aborder la thématique du soin. Dans cette thématique, il a été demander aux infirmières ce que pour elle représenter un bon soin.

Toutes les infirmières s'accordent à dire que le relationnel est très important, Carole aborde une notion très importante qui est la confiance du patient, « *de le mettre en confiance.* » [Carole, l.18] . Cette notion de confiance fait partie du Care comme on l'a vu dans le cadre théorique et comme le décrit Claire Marin et Frédéric Worms , « *Pour définir le care, c'est quelque chose de très simple et profond : la confiance.* » [Worms, F, Marin, C, 2015, p.7]. Ce qui veut bien dire que lorsqu'on veut prendre soin de quelqu'un il faut déjà le mettre en confiance pour qu'il puisse s'ouvrir.

Et il y a aussi le côté technique en respectant les règles d'hygiène, de bonnes pratiques.

Roxanne, elle met en avant en premier le côté technique du soin mais aussi pour elle, un bon soin correspond aussi au fait « *d'avoir des formations qui étaient à jour puisque les choses évoluent rapidement.* » [Roxanne, l.59].

Noémie aussi aborde la notion de technicité du soin, « *si c'est un acte technique, une réussite de la technique.* » [Noémie, l.25].

De plus, Noémie et Carole aborde la notion de positivité dans le soin, pour carole un bon soin est « *le fait que ça aboutisse à quelque chose de positif.* » [Carole, l.21]. Noémie quant à elle, aborde cette notion avec le relationnel car pour elle, un soin relationnel, c'est « *un soin qui va se terminer on va dire par une note positive, que le patient a un effet positif à la*

conversation. » [Noémie, l.26]. De plus, elle a abordé aussi la notion de consentement du patient, puisque pour elle un bon soin, c'est un soin qui va se dérouler dans de bonnes conditions « *c'est-à-dire avec l'accord du patient.* » [Noémie, l. 24].

Alix aborde aussi la notion de « l'éthique du bon soin, des bonnes valeurs » [Alix, l.29].

Enfin, Charlène aborde la notion de sécurité du patient avec le fait « *d'éviter tout danger, de lui apporter quelque chose que ce qu'il a déjà.* » [Charlène, l.35]. Cette notion de sécurité du patient se retrouve aussi dans notre cadre théorique puisque on sait que « *le fait qu'un soin doive être prodigué d'une façon qui ne mette pas en danger l'intégrité physique et psychique mais soutienne celle-ci, et idéalement la restaure, constitue une contrainte majeure qui est à la source d'au moins un paradoxe.* » [Pirard, V, 2006, p.81].

Ce que l'on peut retenir des représentations du soin des infirmières, c'est que d'une part il y a le soin relationnel, la relation avec le patient et d'autre part la technique, c'est-à-dire un soignant qui a des compétences. C'est l'union de ces deux éléments qui va former le soin. A cette notion de soin, il y aussi la notion de protéger le patient d'un danger, de le mettre en sécurité et aussi en confiance c'est tout cela qui va former la relation de soin.

Les représentations qu'ont les infirmières interrogées du soin se retrouve dans le cadre théorique puisque dans celui-ci est aborder la notion de confiance du patient, de maintenir l'intégrité physique et psychique.

Pour prodiguer un soin il faut bien allier le relationnel et la technique comme l'affirme Virginie Pirard : « *il demeure tentant de penser le soin selon des logiques essentiellement affectives pour cette raison simple qu'un soin ne peut être donné n'importe comment.* » [Pirard, V, 2006, p.81]. Ce qui suppose donc comme les infirmières l'on dit que dans un bon soin il y a du relationnel avec de l'affection pour le patient et un savoir-faire qui passe par la technique et les compétences du soignant mais aussi un savoir être.

Ensuite dans l'entretien , il été demandé aux infirmières de raconter une expérience de soin qui les avaient totalement satisfaites.

On a pu voir que Roxanne et Carole été un peu moins précise dans leur manière de raconter l'expérience d'un soin qui les ont totalement satisfaites.

Pour Roxanne, ce qui l'intéresse avant tout « *c'était le côté relationnel* » [Roxanne, l.59], pour elle une expérience de soin totalement satisfaisante était le fait qu'elle ressente qu'elle avait fait son travail « *avec des formations et des informations avec différents collègues.* » [Roxanne, l.67-68].

Elle aborde aussi la notion d'association pour elle, « *l'association était encore plus importante, l'association du travail avec les équipes.* » [Roxanne, 1.71].

Carole aborde la notion de temps, quand elle aborde la notion de satisfaction à travers une expérience de soin, pour elle « *il suffit de prendre son temps de s'installer, de discuter* » [Carole, 1.27-28]. Il faut aussi « *essayer de parler d'autre chose et puis au fur et à mesure le, la confiance se fait.* » [Carole, 1.32]. Pour elle la mise en confiance est très importante.

Pour Charlène, au départ elle n'avait pas d'expérience de soin totalement satisfaisante pour elle à nous livrer et puis finalement elle a fait part de l'accompagnement des personnes en fin de vie jusqu'à leur toilette mortuaire, pour elle c'est une expérience de soin qui l'a satisfait totalement car « *j'avais l'impression de faire mon travail, jusqu'au bout* » [Charlène, 1.52], pour elle cet accompagnement vers la fin de fin de vie et donc la mort lui permet de « *ne pas laisser la personne* » [Charlène, 1.53]. Pour elle une expérience de soin totalement satisfaisante passe par un accompagnement de la personne et un soulagement parfois.

Lorsque Noémie aborde une expérience de soin qui la totalement satisfaite, elle parle de son expérience en service des états végétatifs chroniques où il y a justement des jeunes ce qui justement la touche car ils ont à peu près le même âge qu'elle pour certain et pour elle, elle était satisfaite quand elle prenait soin des patients en les habillant, en essayant de les présenter au mieux à leur familles, de les faire beau c'est ce qui la satisfaisait vraiment car pour elle son but était « *d'essayer de faire au maximum pour rendre leur vie meilleure* » [Noémie, 1.45].

Quant à Alix, elle raconte une expérience qui est survenue il n'y a pas longtemps avec une patiente qui avait des plaies au niveau des jambes et dont le protocole de pansement n'était plus adapté, elle a donc pris contact avec un angiologue pour qu'il vienne voir la patiente et le fait que la patiente soit très contente de la prise en charge qu'elle avait reçu la satisfait.

Par-là, Alix pointe donc un point qui est intéressant à savoir l'observation puisqu'elle à observer la plaie et à poser un diagnostic et grâce à celui-ci elle a pu orienter la patiente vers un spécialiste adapté et donc elle a été satisfaite de sa prise en charge et la patiente aussi.

Ensuite il été demandé aux infirmières interrogées de raconter à l'inverse une expérience de soin qui ne l'ai avait pas du tout satisfaite.

Il en ressort différentes problématiques qui peuvent expliquer que les infirmières ne sont pas satisfaites du soin qu'elles ont prodigué.

Il y a la problématique liée au temps qui est soulignée par Charlène, « *soit j'avais pas assez de temps pour faire mon soin correctement, soit j'avais pas assez le temps de discuter avec la personne après* » [Charlène, l.60]. Cela peut être expliqué par le côté organisationnel du soin mais aussi institutionnel avec les contraintes de temps, de manque de personnels et le fait d'avoir de plus en plus de patients à prendre en charge. Charlène explique cela par le fait que « *de toute façon plus on a de patients moins on a de temps et moins on a de personnels, moins on a de temps.* » [Charlène, l. 64]. Le point de vue de Charlène rejoint celui d'Alix qui confie aussi qu'elle a rencontré une expérience de soin qui ne l'a pas satisfaite par rapport à l'organisation dans le service et par conséquent du soin, ce qui donc engendrer un dommage pour la patiente qui a attendu toute la journée dans le couloir sans pouvoir être transfusé. Pour Carole, pour elle un soin n'est pas satisfaisant quand elle est confrontée à la peur du patient qui peut du coup déstabiliser le soin et être contrainte à arrêter le soin. Dans l'expérience de soin qu'elle a décrit, Carole a préféré arrêter le soin car pour elle « *le rapport va d'abord être fossé quand il va me revoir.* » [Carole, l.41]. Dans mon mémoire de fin d'étude, j'aborde la question des émotions du côté du soignant mais pas forcément du côté du patient mais il est vrai que les émotions du patient peuvent aussi influencer le soin puisque comme Carole explique que pour elle la peur du patient peut la contraindre à arrêter le soin. Il serait aussi intéressant de comprendre ce que les émotions du patient peuvent renvoyer aux soignants, ce qu'elles peuvent engendrer chez le soignant et par conséquent sur le soin. Ensuite, pour Noémie, une expérience de soin qui n'est pas satisfaisante est un refus de soin, elle se retrouve en difficulté car elle a du mal à rester calme face à un patient en refus de soin malgré qu'elle lui explique que c'est pour son bien, elle a du mal à trouver les mots. Elle se retrouve aussi en difficulté quand le patient lui donne des conseils sur comment elle doit faire cela va donc perturber le soin et la mettre en échec ce qui rejoint donc Carole qui elle aussi se retrouve en échec mais pour une autre raison qui est les émotions du patient. Noémie dit aussi, qu'un soin n'est pas satisfaisant « *surtout quand la relation avec le patient n'est pas bonne.* » [Noémie, l.62]. Mais pour elle, qu'est-ce qu'une bonne relation avec le patient ? Enfin, dans l'entretien, Roxanne n'a pas forcément une expérience de soin qui ne l'a pas satisfaite hormis certaines relations avec la famille du patient mais elle n'a expliqué la raison de cette insatisfaction.

Dans cette partie du soin, lors de l'entretien avec Charlène, elle a abordé une notion importante qui est en rapport avec le temps, pour elle on pourrait dépasser justement cette question de temps et d'organisation afin de faire un soin satisfaisant. Elle confie, « *c'est à toi de voir si tu veux prendre le temps ou pas, euh, certes, il y a une question d'horaires mais, est-ce que toi finalement tu veux pas dépasser un peu ces horaires là pour faire ton soin jusqu'au bout, c'est-à-dire parler un peu avec la personne.* » [Charlène, l.76]. Certes il y a la question-là des contraintes institutionnelles liées à l'organisation du service, au temps, au personnel mais justement le soignant ne peut-il pas dépasser cela dans certains cas pour prodiguer un soin de qualité ?

Charlène aborde aussi la question de la technique, faut-il pas justement la mettre un peu de côté et privilégier le relationnel avec le patient surtout qu'avec l'expérience selon Charlène on est plus à l'aise dans le soin car on a appris la technique, on a une certaine dextérité ce qui pourrait donc nous permettre de pouvoir privilégier le relationnel avec le patient. Pour Charlène, « *avec l'expérience on prend moins de temps dans la technique parce qu'on est mieux organisé, du coup on a plus de temps pour le relationnel.* » [Charlène, l.86]. Selon Charlène, « *quand tu te concentre pour un soin, quoi que ce soit, tu as l'habitude de le faire, tu peux parler par exemple à la personne en même temps, tu peux selon le soin que tu fais, du coup, forcément plus tu as plus d'expérience et je pense plus la gestion du temps et du relationnel, du coup fonctionne.* » [Charlène, l.95]. Ici on voit bien que plus on est expérimenté plus on maîtrise le soin et plus on peut se concentrer sur le patient. Il est vrai que quand on est jeune diplômé on se concentre plus sur la technique, sur la dextérité pour réussir le soin et un peu moins sur le patient car on est encore pas très à l'aise sur ce soin et on préfère peut-être délaisser un peu le relationnel et réussir notre soin.

Dans un autre temps, dans les entretiens, j'ai donc exposé ma situation d'appel, qui m'a donc permis de pouvoir commencer mon travail d'analyse et donc ce mémoire de fin d'étude, j'ai donc par la suite demandé aux infirmières ce qu'elles pensaient de cette situation. Les infirmières ont fait ressortir plusieurs choses, tout d'abord, l'affect pour le patient, car quand on crée une relation avec un patient, il y a un lien qui se crée, donc le patient attend des réponses sincères, le plus important comme le souligne Noémie est de « *dans ces moments-là, l'important, je pense c'est d'être présent pour la personne en question sans forcément parler mais s'asseoir un instant avec elle, l'écouter, si elle pleure, voir si elle a besoin d'un contact humain, se rapprocher.* » [Noémie, l. 99]. Parfois le soignant n'a pas les compétences et les

connaissances pour lui répondre, ce qui rejoint le point de vue d'Alix avec la notion de responsabilité du soignant en ce qui concerne les diagnostics, pour Alix « *ça va être plus au niveau du médecin d'affirmer et de donner les mots...* » [Alix, l. 84].

De plus quand on a une relation soignant-soigné, quand le patient éprouve des sentiments et qu'il nous les exprime on se retrouve affecté car comme Noémie le souligne, « *on reste quand même des êtres humains, donc on a des sentiments, c'est normal.* » [Noémie, l.97]. Cette notion d'affect et de sentiments, Carole l'évoque par le fait « *qu'on a trop d'empathie, on est trop près des gens.* » [Carole, l. 70]. Ce qui selon elle pourrait expliquer le fait d'être trop affecté et se retrouver impuissant.

Roxanne quant à elle, aborde la notion de temps, pour elle la situation qui lui a été présentée lui fait penser à cela car pour elle maintenant dans notre profession on a moins de temps pour échanger avec le patient, elle se pose la question de savoir quel est le désir des jeunes actuellement d'exercer la profession de soignant, quel est notre récompense malgré le manque de temps. Lors de l'entretien, Roxanne pose même une question qui est « *quel changement pourrait-on accorder pour que les infirmiers/infirmières et toutes les professions de santé puisse avoir quand même un certain plaisir ?* » [Roxanne, l.134].

Dans un deuxième temps, lors des entretiens, il a été abordé la question des émotions et de l'affect dans le soin. Il a donc été demandé aux infirmières, « Pour vous, qu'est-ce que représente les émotions dans la relation avec le patient ? ». Les infirmières ont donc différentes représentations des émotions dans la relation avec le patient. Pour la plupart, les émotions et l'affect font partie du soin.

Alix et Roxanne s'accordent à dire que les émotions vont nous représenter. Pour Alix, « *les émotions, c'est un peu ce qui te représente en tant que soignant et en tant que personne en fait, parce que tu es soignant mais tu es avant tout un être humain...* » [Alix, l. 118].

Roxanne rejoint aussi le point de vue d'Alix en disant que « *c'est une image qui va ressembler à ce que j'ai vécu parce que j'ai mal supporté...* » [Roxanne, l. 168]. Ici Roxanne fait une représentation des émotions plutôt négative puisqu'elle aborde la notion de mal supporté quelque chose et en général quand on a du mal à supporter quelque chose c'est que cela va nous renvoyer à notre propre vécu et en général quelque chose de plutôt négatif. La représentation des émotions de Roxanne ressemble à une des définitions qui est présente dans le cadre de référence, à savoir « *bouleversement, secousse, saisissement qui rompent la*

*tranquillité, se manifestant par des modifications psychologiques violentes, parfois explosives ou paralysantes. »*²¹.

Dans les entretiens, il ressort aussi la notion de transfert et de miroir, pour Charlène, les émotions sont « *un peu un miroir pour toi, c'est-à-dire que tu te mets un peu à la place du patient.* » [Charlène, l.173]. Le fait de penser qu'on se met un peu à la place de l'autre rejoint la notion d'empathie que Noémie met en avant quand elle parle des émotions. Pour elle, les émotions sont liées à l'empathie, « *ça permet d'avoir plus d'empathie.* » [Noémie, l. 118], de plus, elle pense que l'empathie « *je pense que le principal sentiment au cours d'un soin, ouais c'est vraiment l'empathie.* » [Noémie, l.120]. Alix aussi aborde elle, le transfert d'émotions, pour elle on est ressent des émotions parce que le patient lui-même en ressent.

Roxanne pointe aussi l'importance des émotions dans la relation avec le patient, pour elle « *il faut avoir fait aussi un travail sur soi-même personnellement.* » [Roxanne, l.169]. De plus, « *je ne vois pas un travail sur soi-même pour perdre du temps à faire des actes médicaux rapides.* » [Roxanne, l.170]. Ici elle pointe d'une part la notion de prendre le temps, prendre le temps pour faire les actes médicaux mais aussi pour elle si on a doit seulement faire des actes médicaux sans ressentir des émotions, elle ne voit pas l'intérêt, puisque pour elle, en tant que soignant, il est nécessaire de faire un travail sur soi-même par rapport aux émotions puisque pour elle les émotions dans la relation avec le patient sont un image qui va renvoyer à quelque chose qu'elle a mal supporter donc quelque chose de négatif. Pour elle si on travaille vite et que l'on prodigue des soins médicaux rapidement et sans intérêt on ne ressentira aucune émotion, on n'aura pas de relation avec le patient donc pourquoi effectuer un travail sur soi, si on fait seulement des soins sans réfléchir et tenir compte de la personne. A ce moment-là, on est donc des infirmières exécutantes, un peu caractérisé comme des robots.

De plus, elle confie qu'il « *y a toujours de l'affect qui contribue à ce que le soin devient quelque chose qu'on comprend mieux...* » [Roxanne, l.171]. L'affect va donc faciliter la compréhension du soin. Cependant, elle pointe aussi la notion de distance avec le patient, « *il faut toujours garder une image où il y a quand même une barrière entre le patient et le soignant pour se protéger.* » [Roxanne, l.174]. Elle aborde donc la notion de proxémie avec le patient justement pour ne pas être trop impacté et pour se protéger nous en tant que soignant, il en est de même que pour elle il faut que les infirmières, tous les professionnels de

²¹ [EMOTION : Définition de EMOTION \(cnrtl.fr\)](http://cnrtl.fr/EMOTION)

santé puisse bénéficier de systèmes, de formations et de suivi au niveau psychologique pour se protéger.

Quant à Carole, elle n'a pas exprimé sa représentation des émotions dans la relation avec le patient mais elle aussi exprime la notion de distance avec le patient puisqu'elle explique que quand elle est ressentait trop d'émotion, elle préférait faire appel à un autre collègue pour prendre le relais. Elle souligne quand même que « *bien -sûr que ça nous arrive de pleurer même si en fait ce sont des patients qu'on connaît pas forcément bien.* » [Carole, l. 89]. De plus, « *parfois on est trop près des gens et il faut savoir se détacher, c'est ce qui le , le plus dur dans le rapport avec le, entre soignants, les soignés.* » [Carole, l.91]. Ici, elle souligne aussi la difficulté des soignants dans la relation avec le patient et donc les émotions qui nous envahissent , peut-être justement par ce que l'on est trop proche du patient ?

Ensuite dans la partie des émotions et des affects, il a été demandé aux infirmiers « Avez-vous déjà rencontré dans le cadre de votre profession des émotions et vous est-il arriver d'être affecté par un patient ? » et il leur a été demandé de raconter une situation qui a engagé des émotions et de l'affect. Cependant dans cette question, je voulais aussi rechercher si les infirmières étaient capables de faire la différence entre l'affect et l'émotion seulement je n'ai pas réussi à poser cette question à toutes les infirmières, la question a été posé seulement à Alix et Noémie.

Pour Noémie, « *l'émotion je dirais, c'est, c'est vraiment plus la joie, la tristesse, l'affect pour moi ça fait plus, ce qu'on ressent pour une personne* » [Noémie, l.153]. De plus elle aborde sa relation avec certains résidents et déclare « *j'ai plus de l'affect pour eux, parce que on a une relation qui, pour le coup, a peut-être, dépasser la relation soignant-soigné, que l'émotion c'est vraiment sur le coup, vraiment à l'instant T pendant le soin, que l'affect, je pense c'est plutôt une relation sur le long terme, on affectionne quelqu'un ou pas.* » [Noémie, l.157].

Donc pour elle l'émotion se produit instantanément alors que l'affect sur du long terme.

Alix a eu du mal à définir la différence entre émotion et affect, « *je dirais que les émotions, c'est ce qu'on ressent, non pas vraiment, ouais c'est vrai que ça se ressemble mais il y a une différence mais non je ne la connais pas la différence.* » [Alix, l.128]. Il est vrai que la différence entre les émotions et les affects est très difficile à définir. Nous avons donc vu la différence dans le cadre théorique. En effet, « *l'affect s'impose de l'intérieur et l'émotion passe en traversant, il s'agit donc pour le sujet d'un mouvement ou d'un changement bien plus que d'un statut ou d'une structure.* » [Claudon, P, Weber, M, 2009, p.68]. Ici on voit

bien la différence, l'affect c'est ce qui se passe à l'intérieur de la personne et donc ce qui va déclencher ses réactions mais parfois la personne n'a pas la capacité d'expliquer pourquoi elle est affectée, cela est expliqué par le fait que le mécanisme de l'affect reste complexe. Cependant, les émotions traversent la personne c'est-à-dire qu'elles sont non contrôlées, instantanées, et donc elles vont déclencher des réactions qui vont se voir à l'extérieur du corps comme les pleurs, la joie....

Pour revenir à l'expérience des infirmières sur des situations qui ont pu engager des émotions et des affects, toutes ont eu au moins une fois une situation comme cela.

Chacune à raconter une expérience qu'elle avait vécu sauf carole, on peut donc se poser la question de savoir si elle n'a pas compris la question, ou peut-être qu'elle ne se souvenait pas d'une situation qu'elle avait vécu en détails ou alors peut-être qu'elle n'a pas voulu raconter une situation qui a engagé pour elle des émotions et des affects.

Charlène a évoqué une situation concernant une dame obèse dont l'état général s'est dégradé rapidement avec une problématique qu'elle ne voulait pas aller à l'hôpital et à la suite de cette dégradation de son état de santé le médecin sans lui demander son avis, a décidé de la faire transférer dans un hôpital et malheureusement cette dame est décédée dans l'ambulance lors du transfert. Ici elle pointe la notion de consentement du patient, des directives anticipées et de la prise en charge de cette dame. De plus, pour Charlène, cette situation a été difficile car elle connaissait cette dame depuis longtemps, et qu'au moment de la situation elle a eu plein d'émotions qui se mélangeaient et cela a été assez dur à gérer.

Noémie, elle a raconté une situation qui s'est déroulée pendant la COVID, il s'agissait d'un patient COVID dont l'état s'est dégradé et dont la famille aux vues de la situation sanitaire ne pouvait pas l'accompagner, s'est donc l'équipe soignante qui a mis tout en œuvre pour l'accompagner au mieux. Cette situation selon Noémie a été fréquente durant la pandémie ce qui a beaucoup affecté les soignants, du fait que la famille et que le patient se retrouve seul pour sa fin de vie ce qui peut donc être un facteur pour que la relation soignant-soigné soit encore renforcé.

Alix, elle a raconté une situation où une dame devait être transfusée et n'a été transfusée que le lendemain, après la transfusion, elle a chuté dans le service, ce qui engendrer une fracture du col du fémur et par conséquent elle a été hospitalisée et elle est décédée 5 jours après, Alix pointe le manque de prise en charge de cette patiente, le manque de réactivité qui peut être si tout avait été mis en œuvre pour la transfuser au plus vite, cela n'aurait pas occasionné son

décès. Alix fait remarquer aussi que « *des fois, j'y repense pourtant il y a 2 semaines, 3 semaines et je me dis que si je l'avais transfusé et bah peut-être qu'elle serait rentrée le lendemain chez elle et qu'elle ne serait pas tombé.* » [Alix, l.146]. Elle pointe aussi le manque de personnel, d'implication, de temps qui pourrait expliquer le dysfonctionnement dans cette situation.

Roxanne, quant à elle, se confie sur un patient dont elle connaissait depuis un moment puisqu'elle a pris en charge sa femme jusqu'à son décès , puis lui après . L'état de ce patient s'est dégradé, Roxanne est partie en vacances pendant une semaine et sa collègue qui l'a remplacé la contacté pour lui dire que le patient n'est toujours pas décédé et qu'il attendait certainement quelque chose, elle s'est donc posé la question s'il ne l'attendait pas justement pour mourir car ce patient n'avait pas de famille. Il est alors décédé lorsqu'elle est revenue de ses vacances.

Suite aux récits des situations des infirmières, il leur a donc été demandé ce qu'elles pensaient des émotions qu'elles ont ressenties, si elles étaient positives ou négatives et pourquoi.

Pour la plupart, les émotions peuvent être positives ou négatives mais la plupart des infirmières ont quand même reconnu qu'elles peuvent être à la fois positives et négatives sauf Roxanne qui pour sa situation, les émotions lui ont laissé à réfléchir, puisque « *je me dis que les gens meurent quand ils veulent quand ils ont décidé et avec qui ils veulent.* » [Roxanne, l.200]. Cela lui donne à réfléchir sur sa vie et sur sa mort, cela ne l'affecte pas, ça l'interpelle et ce sont des émotions positives pour elle. Elle fait remarquer une différence entre le libéral et l'hôpital sur le temps , pour elle , il faut prendre le temps. Carole aussi aborde cette notion de temps, car pour elle malgré la charge de travail en libéral et ses journées qui vont être parfois longue, « *il y a du temps qu'on pourra passer en plus avec les, avec les patients et ça je trouve que dans le libéral, on a le côté humain, qui est enfin plus présent, on a plus le temps, enfin plus le temps, on se donne plus le temps.* » [Carole, l.124].

Dans le ressenti des émotions qu'elles soient positives ou négatives, il n'y a que Noémie qui a parlé des émotions aussi du patient. Dans sa situation, elle pense que cela a été positif pour le patient du fait de l'implication des soignants pour l'accompagner. En revanche pour les soignants, elle pense que pour certains cela peut être positif et pour d'autres négatif.

Le négatif pourrait être expliqué par le fait que « *parce que là, le monsieur il va partir donc , lui il va partir dans un monde on va dire meilleur pour lui, mais nous on est encore là, on va*

le voir partir, on va assister à ça donc et donc ça reste quand même, ça nous affecte forcément, justement, parce que ça déclenche chez nous une certaine émotion parce que c'est quelque chose de triste. » [Noémie, l.166]. Ici on voit bien que le soignant va rester et donc cela peut l'impacter et le fait d'assister à ce genre de situation est difficile pour le soignant et cela peut l'impacter encore bien après, Noémie dit aussi « *qu'on apprend à travailler avec* » [Noémie, l.173]. Donc c'est-à-dire qu'on apprend à travailler les émotions, les situations difficiles mais on peut donc se poser la question de « comment fait-on pour apprendre à travailler avec ses émotions ? »

Alix aborde elle le fait que les émotions peuvent aussi être positives, pour elle les émotions positives renvoient à sa propre satisfaction. Quand elle prend en charge des patients qui sont hospitalisés en urgences pour des infarctus par exemple, qui vont subir une intervention chirurgicale justement pour déboucher les coronaires vont par la suite rentrer à leur domicile, cela est positif pour Alix et c'est ce qu'elle caractérise d'émotion positive. Sa satisfaction est aussi « *de dire , bah, voilà, on a été là, on a été présent...* »[Alix, l. 162]. Elle ajoute aussi « *on apporte du sourire, de la joie, de la bonne humeur.* » [Alix, l. 167].

Enfin, pour Charlène dans la situation qu'elle a exposée, les émotions ont été positives puisqu'elles ont permis de lui faire prendre du recul, de trouver des actions correctives pour savoir ce qu'elle aurait dû faire ou ne pas faire et en quelque sorte de s'armer pour les prochaines situations difficiles qu'elle pourrait rencontrer. En revanche, ce qui a été négatif pour elle, c'est de se sentir impuissante dans cette situation car elle ne voulait pas que la patiente soit transférée à l'hôpital , elle aurait voulu que l'on respecte son choix.

Ensuite, il a été demandé aux infirmières « est- ce que le fait d'avoir été affecté par ce patient, vous a amener à faire davantage de choses pour lui ? » et « est-ce que vous pensez que cela lui à apporter quelque chose ? ».

Pour la plupart des infirmières, le fait d'être affecté par un patient va les pousser à faire davantage de choses de pour lui et cela va forcément lui apporter quelque chose.

Par exemple, pour Carole, parfois elle va faire davantage pour un patient si elle a été touchée mais elle pense que ce n'est pas forcément bien, qu'elle va peut-être dépasser la limite et cela entraînera des conséquences, de plus, elle pense que cela peut inciter le patient a demandé plus de choses. Pour elle , il est donc important de savoir se détacher, de prendre du recul, de garder une position soignante . D'ailleurs pour prendre du recul , carole utilise les temps de

repos« *quand j'ai des périodes de repos, bah, je me remets un petit peu en question et je dis bon ça s'est fait, j'ai fait ça, mais bon, la prochaine fois, il faudra essayer de, d'être différente parce que bah, les patients s'attachent à ça.* » [Carole, l. 114].

Pour Alix, elle essaye d'être un peu plus présente pour le patient et de dégager un peu plus de temps pour lui . Elle explique aussi différents mécanismes , pour elle « *c'est soi tu t'impliques un peu plus ou soit t'a tous les mécanismes de défenses qui arrivent.* » [Alix, l.184]. Elle aborde donc la manière dont le soignant peut réagir dans les situations difficiles. Elle explique aussi qu'il peut y avoir le mécanisme de fuite, celui-ci peut s'expliquer quand la situation du patient renvoie au soignant, un souvenir, une émotion qu'il a déjà vécue.

Alix, pense « *qu'il y a les 2, je pense que soit tu t'impliques plus, tu prends, un peu plus de temps, un peu plus de temps à rassurer ou des fois, ben sans le vouloir si t'a le mécanisme de défense, t'essaie d'éviter la chambre, t'essaie de moins aller dans la chambre.* » [Alix, l.186]. En fait, le mécanisme de défense est là pour protéger le soignant, pour lui éviter de revivre une situation qu'il a déjà vécu et qui pourrait faire remonter des émotions en lui et donc l'impacter et l'affecté à nouveau.

Pour Alix, c'est important qu'il y est une équipe , afin d'échanger sur les situations difficiles que l'on vit, afin de pouvoir en parler et surtout de pouvoir déléguer si besoin pour se protéger nous en tant que soignant.

On peut donc se poser la question de « pourquoi le soignant doit-il se protéger et comment le fait-il ? ».

Pour Noémie, dans sa situation, elle pense que l'équipe soignante a tous mis en place pour la prise en charge du patient, elle s'est pleinement investie. Elle ne voit pas ce qu'elle aurait pu faire de plus, en revanche, elle sait que cela a été bénéfique pour le patient car l'équipe a ressenti que la présence des soignants faisait du bien au patient, qu'il demandait de l'attention aux soignants.

Puis, pour Charlène, elle a fait davantage de choses pour la patiente, selon elle, cela lui a énormément apporté car elle était seule et sans sa présence cela aurait été plus compliqué pour la patiente.

Enfin, Roxanne n'a pas forcément parlé de ce qu'elle aurait pu faire en plus pour le patient, elle a parlé des formations qu'elle a faite et de son vécu face au cancer puisque pour elle, si le patient a un cancer, cela a un impact pour elle, car dans sa vie personnelle elle a perdu un

proche du cancer et depuis dès qu'une situation où un cancer est diagnostiqué, elle essaye de délégué à ses collègues pour arrêter la prise en charge de ce patient car cela l'impacte trop.

Dans cette partie de l'entretien, il a été demandé aux infirmières, « Dans votre vie de tous les jours, comment arrivez-vous à gérer ses émotions/affects et comment faites-vous pour ne pas trop être impacté ? ».

La plupart des infirmières rapportent que pour gérer leurs émotions, elles en parlent en équipe, elles débriefent, parfois même elles en parlent à leur proche.

Pour Charlène, il est important d'en parler en équipe, de débriefé et d'en parler à ses proches aussi. En revanche Charlène « *prend les choses seules aussi des fois, je m'auto-critique.* » [Charlène, l.295]. Charlène prend du recul elle-même seule. De plus, « *je pense que c'est les 3 grands trucs quoi, c'est réfléchir soi-même à ce qu'on fait voilà, c'est en parler à l'équipe, se faire aider s'il y a besoin puisqu'il y a des psys dans les services donc s'il y a besoin faut le faire et puis les proches aussi.* » [Charlène, l.296]. Charlène pointe bien l'importance d'en parler autour de soi.

Pour Noémie, « *je pense qu'il faut arriver à se dire ce qui se passe au boulot doit rester au boulot.* » [Noémie, l.204]. Elle aborde donc la nécessité de mettre une distance entre la vie professionnelle et la vie personnelle, c'est-à-dire de mettre de côté ce qui s'est passé durant la journée. Noémie utilise aussi la musique pour « *essayer de penser à autre chose et pour pas justement être impacté ta vie personnelle...* » [Noémie, l.207]. Elle aussi évoque l'importance de l'équipe soignante et d'en parler, de plus elle évoque la présence de psychologue ou autres personnes qui peuvent nous aider. Elle évoque aussi les conséquences de rester avec quelque chose qui nous impacte, pour elle, « *ça peut, ça, peut aussi entraîner une mauvaise prise en soin de d'autres personnes parce qu'on reste avec un mauvais souvenir, de, d'une certaine chose, ou quelque chose sur le, le cœur, qui n'est pas bon quoi.* » [Noémie, l.214]. Le fait de rester avec quelque chose sur le cœur et dans la tête peut donc entraîner un blocage pour la prise en charge des patients.

Alix, quant à elle, utilise la blouse pour arriver à gérer ses émotions, « *je me dis voilà, je suis-infirmière, je mets ma blouse, je suis infirmière, je suis plus vraiment Alix, je suis Alix infirmière.* » [Alix, l.201]. A travers sa blouse, c'est comme si elle se transforme, si elle oublie sa vie personnelle pour se mettre à fond dans sa vie professionnelle. Elle évoque aussi le fait de rester neutre et de mettre une certaine distance entre elle et le patient. Cette distance, elle la met « *quand je vois que je suis trop proche ou que ça me touche un petit peu*

trop, bah , du coup, hop, je mets un peu de distance » [Alix, l.204]. Cette notion de distance avec le patient rejoint le point de vue de Carole , qui évoque aussi qu' « *il faut pouvoir se détacher de tout ça.* » [Carole, l.113]. Elle aussi met en avant l'importance de parler avec d'autres soignants ou l'entourage.

Enfin, Roxanne, évoque qu'elle « *avait besoin d'une relation extérieure avec mes collègues de boulot parce que je n'avais, je ne parlais jamais de travail, nous sortions beaucoup donc mais nous sortions jamais dans un contexte de travail...* » [Roxanne, l. 256]. Elle évoque aussi qu' « *à l'époque il n'y avait pas de soutien, il n'y avait pas de formation sur les gestions de stress etc...* » [Roxanne, l.259]. Elle pointe donc la nécessité d'avoir des formations pour justement aider à gérer son stress et ses émotions, cependant pour elle, « *les formations ne devraient pas être payantes* » [Roxanne, l. 289]. C'est quelque chose qui l'a choqué puisque « *c'est quand même quelque chose qui regarde aussi le soignant.* » [Roxanne, l.291].

Enfin, pour clôturer les entretiens, il a été demandé aux infirmières, « En tant que soignant, pensez-vous qu'il faut exprimer ses émotions et ses affects ou bien les taire et pourquoi ? ».

Toutes les infirmières s'accordent à dire qu'il faut partager ses émotions et ses affects et qu'il ne faut pas les taire puisque cela va nous impacter.

Charlène, elle a répondu à cette question sans le savoir à travers la question de la représentation des émotions dans la relation avec le patient, pour elle il est nécessaire de laisser venir ses émotions. Il ne faut pas se mettre de barrière et surtout « *il faut le partager avec le patient.* » [Charlène, l. 178]. De plus il faut vraiment ne pas les garder pour soi. Pour Charlène, « *si tu partages pas tes émotions avec le patient, euh, déjà il va interpréter tes émotions qui ne sont pas, qui est pas forcément une bonne interprétation.* » [Charlène, l.179]. En revanche, elle met aussi en avant la nécessité de mettre des limites pour justement mettre une distance entre le patient et le soignant même si cela ne sert à rien de cacher ses émotions au patient puisqu'il va forcément les voir.

Noémie, pense aussi qu'on ne peut pas cacher ses émotions et ses affects, en revanche, pour elle contrairement à Charlène, il ne faut « pas montrer au patient qu'on est proche de lui pour éviter justement qu'il y est trop une intrusion, dans , dans sa vie finalement. » [Noémie, l.221]. Car, « *après on peut vraiment créer vraiment trop de liens et ce qui peut entraîner,*

comment dire, si on a une relation trop proche avec un patient le jour où il part pour quel qu'on que raison , il rentre chez lui ou décède, après nous on va en payer les pots cassés puisque c'est nous qui sommes là. » [Noémie, l.223]. Pour elle, le fait d'être trop proche d'un patient peut du coup nous affecté davantage et donc nous impacter. Cependant, elle garde quand même l'idée qu'il faut exprimer ses émotions et elle pense que pour « *les patients voir aussi que nous on ressent sa leur, ça les aide, qu'on est pas des robots quoi. »* [Noémie, l.229].

Cette notion de proximité avec le soignant fait aussi écho à la partie « la relation de soin, une relation d'amitié ? » dans le cadre de référence puisque dans cette partie est évoqué la proximité avec le patient et surtout la raison pour laquelle on pourrait penser qu'une relation de soin ressemble à une relation d'amitié.

Pour Alix aussi il est important d'exprimer ses émotions, pour elle « moi je sais que si je n'en parle pas après je cogite et du coup j'y repense et sa reste en boucle. » [Alix, l.211]. Donc Alix en parle à ses collègues et à ses proches afin de se libérer de ce qu'elle ressent et cela permet qu'elle puisse se remettre en question.

Carole à le même point de vue que les autres infirmières puisque pour elle il faut les exprimer et ne pas les taire car c'est trop dur . Elle en parle avec différents professionnels avec lequel elle a des contacts. De plus, « *le fait d'en parler, c'est, c'est de pouvoir partager et puis c'est se comprendre et puis comprendre un petit, peut-être qu'il y a ces émotions un peu trop fortes parce qu'on a peut-être pas été comme il fallait, il y a peut-être des choses qu'il aurait fallu modifier donc c'est très très important, non il faut en parler. »* [Carole, l.152]. Donc son point de vue sur la remise en question rejoint celui d'Alix puisque pour elle deux, le fait de réfléchir à ce qu'elles ont ressenti leur permet de se remettre en question et donc de voir ce qu'elles auraient pu améliorer.

Enfin, Roxanne, pense aussi qu'il est nécessaire d'exprimer ses émotions et que les cacher ne sert à rien puisque le patient va le voir.

5.4.Limites et critiques

Dans l'ensemble, les entretiens menés auprès des infirmières se sont bien déroulés, les infirmières ont été motivées pour participer aux entretiens, de plus, elles ont pris le temps de répondre à mes questions.

La plupart des questions ont été bien comprises par les infirmières, en revanche, il y a certaines questions qui n'ont pas pu être posées à certaines infirmières car dans l'entretien, je n'ai pas réussi à poser la question du fait de la tournure de l'entretien mais aussi du fait que je ne savais pas forcément à quel moment je devais poser la question.

J'ai aussi remarqué que la retranscription des entretiens est un travail assez long et complexe car parfois il est difficile de comprendre ce que l'infirmière a voulu dire.

Il en est de même pour la création de la grille d'analyse des entretiens, au départ j'ai eu beaucoup de mal à savoir comment j'allais structurer cette grille puis au final je l'ai adapté du mieux que j'ai pu en fonction des différents entretiens que j'ai menés.

Si je devais critiquer mon cadre de référence et mon travail de fin d'étude en général, je dirais que la rédaction de ce travail a été au départ difficile pour moi, car je n'arrive pas à faire un plan de mon travail et je ne savais pas comment structurer mes idées, puis au fur à mesure, j'ai compris les attentes de ce travail ce qui m'a donc permis d'arriver à mieux rédiger mes idées.

Ce qui m'a mis en difficulté dans ce travail, c'est le choix des lectures, ce n'était pas facile de choisir des lectures en rapport avec ma question de départ mais finalement j'y suis arrivé par contre au départ, j'avais choisi beaucoup de livres et d'articles et je me suis rendu compte au fil de l'avancée de mes lectures et de mon travail qu'il n'y avait beaucoup trop et que je n'aurais pas le temps de tout lire donc j'ai fait un choix afin de voir les lectures les plus pertinentes et les plus en lien avec mon thème.

La critique que je pourrais faire de mon cadre de référence est qu'il est beaucoup trop long, j'ai beaucoup rédigé et je n'arrive pas à m'arrêter mais je pense quand même que malgré sa longueur, il est pertinent et me ressemble.

Enfin, ce travail de fin d'étude a été bénéfique pour moi puisqu'il m'a permis d'apprendre à rédiger, à effectuer des recherches.

Je trouve que maintenant, j'arrive plus à rédiger en utilisant du vocabulaire adapté et à formuler mes phrases.

Si je devais refaire ce travail de fin d'étude, je le referais volontiers puisqu'il m'a apporté beaucoup de choses et cela a été un réel plaisir.

6. Problématique

Dans l'analyse croisée, nous avons pu relever différents éléments qui vont donc nous aider afin de faire la problématisation pour clôturer ce travail de fin d'étude avec la question de recherche.

A la suite de mon cadre théorique et de mon analyse croisée de mes entretiens, j'ai pu me rendre compte de certaines choses et cela m'a donc permis de réfléchir afin de pouvoir avoir un cheminement et d'arriver à une question de recherche.

On a pu voir que dans le soin, le relationnel était très important bien qu'il y est aussi le côté technique qui ressort puisque les infirmières ont aussi besoin d'avoir de la technique pour prodiguer les soins bien que le cœur de notre métier soit surtout les soins relationnels. De plus, pour que les infirmières soient à l'aise dans la technique, les formations sont essentielles d'une part pour développer de nouvelles compétences et d'autre part pour être à jour au niveau de l'évolution des soins et des techniques.

La relation de soin va donc pouvoir se créer grâce à la confiance du patient, au relationnel, à l'échange que le soignant et le patient entretiennent, c'est grâce au lien qu'ils ont qu'une relation de soin peut s'établir.

C'est donc l'union de la technique et du relationnel qui va fonder le soin, mais à travers les entretiens on l'a vu, que parfois la technique pouvait prendre un peu le dessus sur le relationnel alors ne faut-il pas justement mettre un peu de côté la technique au profit du relationnel ?

puisque parfois on se concentre sur cette technique et on laisse un peu de côté le patient ce qui peut donc renvoyer au fait qu'il ne soit qu'un simple objet que l'on veut à tout prix soigner, traiter alors que derrière ce corps qui est malade, se trouve une personne. C'est donc la question de mise à distance de la technique au profit du relationnel qui se pose afin que le patient puisse retrouver sa place et sa considération.

De plus, on a vu d'autres problématiques qui émergent dans le soin, qui sont la problématique du temps, du manque de personnels, de la dépendance des patients, tout cela peut donc impacter la relation de soin avec le patient et en quelque sorte peut être impacté le ressenti de nos émotions.

Ce problème de temps, qu'il soit expliqué par les contraintes institutionnelles ou organisationnelles est beaucoup présent dans notre profession et il impacte à la fois le patient mais aussi le soignant qui se retrouve dans une situation où il doit faire des choix, parfois au détriment des patients. Cette problématique-là est actuellement marquée aussi par les contraintes sanitaires. Alors on peut donc se demander si le temps ne peut-il pas être un frein à l'expression de nos émotions ?

Cette interrogation peut alors aussi se retrouver quand on aborde les émotions et l'affect dans le soin puisque le cadre de référence et les entretiens ont permis de voir que les émotions sont en permanence présentes, qu'elles ne se contrôlent pas et qu'elles font partie du soin.

Le fait de ressentir des émotions peut être lié à l'empathie que l'on a pour une personne puisque quand on s'intéresse à la personne on va donc ressentir de l'empathie pour lui et donc on va forcément ressentir des émotions, enfin, il va forcément se passer quelque chose.

En revanche, quand celles-ci deviennent trop fortes, elles peuvent impacter le soignant et justement on peut se demander si on n'a pas trop d'empathie pour la personne, enfin, si on n'est pas trop proche de la personne, et peut-être qu'une certaine barrière a été franchie, c'est là où apparaît la notion de distance à mettre avec le patient mais là encore il est difficile de savoir réellement quelle est la distance à mettre avec le patient ?

De plus quand on ressent des émotions et de l'affect, différents mécanismes peuvent apparaître comme le transfert et le contre-transfert, les mécanismes de défense, il y a pleins de réactions possibles de la part du soignant qui sont inattendus et incontrôlés de sa part.

Mais on sait pertinemment que le soignant met en place des stratégies afin qu'il ne soit plus tout le temps impacté par les émotions et l'affect qu'il a pu ressentir mais alors on peut donc supposer que le soignant fait un travail sur lui consciemment ou inconsciemment qui va donc

lui permettre de rendre supportable cette question des émotions et de l'affect, c'est ce que nous avons vu dans les entretiens avec la gestion des émotions au quotidien avec la mise en place de stratégies pour ne pas être trop impacté. Il en est de même avec l'expression des émotions qui est vivement conseillé même si bien-sûr cela doit quand même être contrôlé .

Donc après cette analyse des entretiens et le cheminement que j'ai mené, je souhaite donc que ma question de recherche soit la suivante :

Comment les émotions dans la relation soignant-soigné peuvent-elles nous amener à réfléchir notre pratique ?

7. Conclusion

L'élaboration de ce travail m'a permis de pouvoir analyser l'impact des émotions et de l'affect dans le soin qui été donc un sujet qui m'intéressait.

Je pense qu'à travers les recherches que j'ai menées et ma réflexion, j'ai donc pu éclaircir cette question des émotions et des affects qui m'été chère.

De plus, comme on n'a pu le voir les émotions et l'affect se joue en permanence dans notre profession d'infirmière, c'est donc aussi pour cela qu'il m'était important d'aborder ce sujet afin de comprendre un peu mieux certaines réactions ou comportements face aux émotions et d'une autre manière de comprendre un peu le fonctionnement des émotions et de l'affect.

Ce travail de fin d'étude m'a d'abord permis d'apprendre à effectuer des recherches, mais aussi à m'intéresser à certains auteurs que je ne connaissais pas forcément et vers lequel sans ce travail de fin d'étude je ne me serais pas tourné.

De plus, ce travail de fin d'étude m'a permis d'apprendre à rédiger, ce qui au départ n'était pas facile puis au final, comme on peut le voir, j'ai beaucoup développé ce travail, peut-être un peu trop mais pour moi il était important que ce travail me ressemble et soit comme je l'aurais espéré un travail qui est rigoureux et complet.

Puis, je pense que le fait d'avoir une réflexion sur sa pratique est essentielle dans sa profession d'infirmière car cela permet donc de se remettre en question, de réfléchir aux actes que l'on prodigue mais aussi à notre manière de faire et l'intérêt de cette réflexion est d'aussi améliorer notre pratique.

Enfin, grâce à ce travail de fin d'étude, que j'ai d'ailleurs pris plaisir à faire, ma pensée et ma vision des choses ont changé que ce soit au niveau de ma vie personnelle ou de ma vie professionnelle, je me suis beaucoup remis en question ce qui m'a permis de me rendre compte de certaines choses et je pense donc que cela a été bénéfique sur moi et le sera aussi quand je serais diplômé. Pour faire le lien avec l'exercice de ma profession d'infirmière, à l'obtention de mon diplôme d'état, je vais donc aller exercer ma profession en service de pneumologie dans une clinique privée qui accueille donc des patients ayant des maladies respiratoires chroniques, parfois en fin de vie, mais aussi des patients porteurs de trachéotomies parfois jeunes aussi et donc dans ce service où j'ai donc effectuer mon stage préprofessionnel, nombreuses sont les situations complexes où beaucoup d'émotions se jouent et ce mémoire de fin d'étude, je pense me servira grâce aux recherches et aux réflexions que j'ai mené à penser autrement ma pratique et donc à adapter ma prise en charge de ses patients.

8. Bibliographie

Livres :

Goleman, D., Roche, D., & Piélat, T. (2014). *L'intelligence émotionnelle I, II (Bien-être) (French Edition)*. Paris, France : J'AI LU.

Lelord, F., & André, C. (2003). *La force des émotions*. Paris, France : O. Jacob.

Manoukian, A. (2014). *la relation soignant soigné* (4e éd.). Paris, France : Edition Lamarre.

Mercadier, C. (2017). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : Le corps au coeur de l'interaction soignant-soigné* (2e éd.). Paris, France : SELI ARSLAN.

Winnicott, D. W., Marin, C., & Worms, F. (2015). *A quel soin se fier ?* Paris, France : Presses universitaires de France.

Worms, F., Lefève, C., Benaroyo, L., & Mino, J. (2010). *La philosophie du soin : Éthique, médecine et société* (Presses Universitaires de France éd.). Paris, France : PUF.

Articles :

Bosquin-Caroz, P. (2016). *De l'émotion à l'affect*. Consulté le 10 octobre 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-la-cause-du-desir-2016-2-page-30.htm>.

Claudon, P., & Weber, M. (2009). *L'émotion : contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction*. Consulté le 25 septembre 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-61.htm>.

Michon, F. (2013). Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Soins*, (773), 32-34.

Morvillers, J.-M. (2015). *Le Care, le caring, le cure et le soignant*. Consulté le 10 août 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-77.htm>.

Perea, F., & Levivier, M. (2012). *Nommer/énoncer l'affect*. Consulté le 20 octobre 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2012-1-page-71.htm>.

Pirard, V. (2006). *Qu'est ce qu'un soin ?* Consulté le 21 juillet 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-esprit-2006-1-page-80.htm>.

Remmas, N. (2017). *L'affect dans la relation de soin entre répression et isolation*.

Consulté le 20 octobre 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-corps-et-psychisme-2017-1-page-135.htm>.

Sites internet :

SOIN : Définition de SOIN. (2012). Consulté le 5 septembre 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>.

PROTOTYPIQUE : Définition de PROTOTYPIQUE. (2012). Consulté le 5 septembre 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/prototypique>

TENDRESSE : Définition de TENDRESSE. (2012). Consulté le 10 septembre 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/TENDRESSE>

DEPENDANCE : Définition de DEPENDANCE. (2012). Consulté le 10 septembre 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/dependance>

CURE : Définition de CURE. (2012). Consulté le 15 septembre 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/CURE>

SYMPATHIE : Définition de SYMPATHIE. (2012). cnrtl. Consulté le 21 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/sympathie>

EMOTION : Définition de EMOTION. (2012). CNTRL. Consulté le 2 mars 2022, à l'adresse

<https://www.cnrtl.fr/definition/emotion>

AFFECTS : Définition de AFFECTS. (2012). Consulté le 16 mars 2022, à l'adresse

<https://www.cnrtl.fr/definition/affects>

SENTIMENT : Définition de SENTIMENT. (2012). Consulté le 17 mars 2022, à l'adresse

<https://www.cnrtl.fr/definition/sentiment>

Annexes

9. Sommaire des annexes

Annexe I: Guide d'entretien	I
Annexe II : Retranscription de l'entretien n°1	III
Annexe III : Retranscription de l'entretien n°2.....	XIII
Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°3.....	XXIII
Annexe V : Retranscription de l'entretien n°4.....	XXXI
Annexe VI : Retranscription de l'entretien n°5.....	XXXIX
Annexe VII : Grille d'analyse des entretiens	XLV
Annexe VIII : Autorisation de diffusion.....	XCVI

Annexe I : Guide d'entretien

Thèmes	Intentions	Questions ou suggestions
Présentation de moi et de mon travail	Expliquer à l'interlocuteur mon but à travers ce travail	Mon nom, mon prénom, mon année d'étude, Ma question de départ, et le but de mon travail de fin d'étude
Présentation de mon interlocuteur	Connaitre mon interlocuteur et Instaurer un climat bienveillant et de confiance	Pouvez-vous vous présenter en tant qu'infirmière ? (prénom, âge, diplôme, service travailler, qualités , défauts) Quelle infirmière êtes-vous ?
Soin	Interroger le soignant sur les représentations qu'il se fait du soin et sur ses expériences en liens avec le soin.	Est-ce que vous pouvez me dire ce que pour vous représente un bon soin ? Avez-vous une expérience de soin qui vous a pleinement satisfait ? Et pourquoi cela vous a-t-il satisfait ? Avez-vous au contraire une expérience de soins qui n'était pas satisfaisante pour vous ? Et pourquoi ?
Présentation de ma situation d'appel et commencement de l'entretien	Que l'interlocuteur comprenne mon intention à travers ma situation d'appel et amener l'interlocuteur à me raconter une expérience qu'il a pu vivre similaire à la mienne. Cela a pour but d'engager l'entretien.	Expliquer à mon interlocuteur, la description de ma situation d'appel, lui expliquer ma sidération , mon émotion . Qu'est-ce que vous avez pensé de ma situation d'appel ? Est- ce que vous avez eu des situations pour vous qui vont ont sidéré où pousser à agir ? Pouvez-vous me le raconter.
Emotions et affects	Savoir où le soignant place l'émotion . Savoir si le soignant différencie l'émotion de l'affect. Savoir ce qu'il fait de ses émotions et de ses affects	Introduire la notion de « je pense que dans le soin, il y a des émotions et que l'on peut être affecté par le patient. » Pour vous qu'est-ce que représente les émotions dans la relation avec le patient ?

		Avez-vous déjà rencontré dans le cadre de votre profession des émotions et vous est-il arrivé d'être affecté par un patient ? Pouvez-vous me raconter une situation qui a engagé des émotions et de l'affect ? mais avant cela faite-vous une différence entre les deux ? Qu'est-ce que vous pensez de ces émotions que vous avez ressenties ? est-ce que pour vous cela est positif ou négatif et pourquoi ? Est- ce que vous auriez pu faire autrement ? Est- ce que cela vous a empêcher de faire quelque chose ? Est-ce qu'avec le recul votre ressenti à changer ? Est- ce que le fait d'avoir été affecté par ce patient, vous a amener à faire davantage de choses pour lui ? Est- ce que vous pensez que cela lui à apporter quelque chose ? Dans votre vie de tous les jours, comment arriver vous à gérer ses émotions/ affects et comment faite-vous pour ne pas être trop impacter ? En tant que soignant, pensez-vous qu'il faut exprimer ses émotions et ses affects ou bien les taire et pourquoi ?
--	--	--

Annexe II : Retranscription de l'entretien n°1 : Charlène

1 **Lisa:** Donc ,je suis Lisa, étudiante infirmière en 3e année et dans le cadre de mon mémoire de
2 fin d'études, j'étudie la question des émotions et de l'affect dans le soin, donc, ma question de
3 départ c'est en quoi l'affect et les émotions impacte-t-elle le soin ? Et du coup bin à travers cet
4 entretien, je vois, enfin mon but c'est de voir votre vision au niveau des affects et des émotions
5 dans la relation de soin. Du coup je vais vous posez des questions et voilà, dans un premier
6 temps, euh,euh, ce que je vais faire c'est que je vais vous laissez vous présentez, voilà, est-ce
7 que vous pouvez vous présentez avec votre prénom, votre âge, votre année d'étude , enfin, votre
8 année d'obtention du diplôme et là où vous avez travaillé.

9 **Charlène :** Alors je m'appelle Charlène, j'ai trente ans, je suis encore étudiante infirmière,
10 infirmière dans très peu de temps, euh, j'étais aide-soignante pendant six ans, et euh, et
11 j'aimerais travailler en oncologie.

12 **L :** D'accord, et vous avez fait quoi comme service en tant qu'aide-soignante ?

13 **C :** euh, j'ai fait surtout de l' ehpad.

14 **L :** D'accord

15 **C :** j'ai fait un petit peu d'intérim au départ puis après j'ai fait de l'EHPAD

16 **L :** Ok, et en tant qu'étudiante infirmière, dans quels services vous put travailler ?

17 **C :** Alors, j'ai fait un peu de tout, j'ai fait maison de retraite, j'ai fait beaucoup de médecine,
18 j'ai fait de l'oncologie et ben je vais faire un stage libéral et puis je vais retourner en oncologie
19 pour mon pré-pro.

20 **L :** D'accord, est ce que vous pouvez vous décrire, mais là vous êtes étudiante mais quelle
21 infirmière vous aimeriez être ? est-ce que, par rapport aux qualités que vous aimeriez avoir,
22 développer

23 **C :** Alors, j'aimerais être, j'aimerais avoir un bon relationnel, c'est-à-dire, euh, être à l'écoute
24 des patients et surtout essayer de répondre au mieux à leurs besoins, que ça soit, au niveau, on
25 va dire affectif entre guillemets ou que ça soit au niveau des soins techniques, euh..., j'aimerais
26 bien être une infirmière aussi qui techniquement a du bagage on va dire sa comme ça et euh...,
27 voilà, j'aimerais bien pouvoir mélanger ces deux choses, faire ça en même temps, pouvoir euh,
28 soigner correctement entre guillemets le patient, et en plus de ça, faire des soins corrects et en
29 plus de ça, essayer d'avoir un relationnel avec eux, parce que je pense qu'en effet, c'est quand
30 même primordial.

31 L : D'accord, est- ce que, là vous avez parlé du coup de faire d'allier la technique et le
32 relationnel dans votre soin, c'est ce que vous avez parlé, est-ce que vous pouvez me dire pour
33 vous, ben ce que c'est un bon soin ?

34 C : euh..... , ben, un bon soin, déjà, au niveau technique, on va dire que, euh, faut respecter tout
35 ce qui est règles d'hygiène, euh..., éviter, euh..., tout danger pour le patient, éviter de lui
36 apporter autre chose que ce qu'il a déjà, et puis ben, c'est l'écouter,euh...,voir comment il va,
37 si il se sent triste, s'il se sent bien, s'il a mal, si euh voilà, je pense que, la majorité des patients
38 sont à même à dire si ça va , si ça va pas, et qu'est ce qui va pas, donc c'est à moi aussi de le
39 capter.

40 L : D'accord, est- ce que dans votre expérience, donc, que ça soit aide-soignante ou étudiante
41 infirmière, est-ce que vous avez une situation de soin, qui vous totalement satisfait, pleinement
42 satisfait, euh., dans la réalisation de ce soin, que vous , fin, vous aviez été contente de ce soin
43 et, fin..., de votre côté et aussi de celui du patient.

44 C : alors, euh..., j'ai pas de soin en particulier, je sais juste que quand je travailler en maison de
45 retraite, j'étais une des seules personnes de l'équipe, à vouloir faire, par exemple, je sais pas si
46 je peux en parle, ah... faire tout ce qui est accompagnement fin de vie et même jusqu'à la toilette
47 mortuaire, c'est-à-dire accompagner le patient jusqu'à la fin.

48 L : D'accord

49 C : Euh, je pense que j'ai été l'un des seules de l'équipe, à vouloir le faire

50 L : Et à travers, ce , ben, ce que l'on peut dire, ce soin, cet accompagnement, qu'est- ce que
51 pour vous, euh..., en fait qu'est-ce que ça vous a apporter ?

52 C : Ben, j'avais l'impression d'effectuer mon travail, jusqu'à, euh, jusqu'au bout, correctement,
53 de ne pas laisser la personne, même si la fin était un peu tragique, j'étais quand même là,
54 jusqu'au bout, à essayer de l'accompagner, comme je peux, à essayer de le soulager aussi
55 parfois, euh, voilà, je...

56 L : D'accord, et est-ce qu'au contraire, il y a une expérience de soin qui vous a particulièrement,
57 fin, vous n'avez pas été satisfaite, parce que, vous avez pas pu faire, ce que vous vouliez.

58 C : oh bin plein de fois, c'est surtout au niveau des toilettes.

59 L : D'accord, et ?

60 C : au niveau des soins de nursing où j'avais pas assez de temps, euh, soit j'avais pas assez de
61 temps de faire mon soin correctement, soit j'avais pas assez le temps de discuter avec la
62 personne après, parce que, c'est quand même important, que ça fait partie du soin, et du coup,

63 c'était assez frustrant quoi, moi je pense que c'est des soins, c'est majoritairement, ces soins-
64 là, en fait, qui m'ont un peu embêté, le fait que j'avais pas le temps de faire tout, c'est-à-dire,
65 mon soin de nursing et en plus de ça, ben les écouter quoi.

66 L : Oui, c'était plus tôt, en fait, il fallait faire le soin et euh..., fin, il fallait faire vite le soin et
67 du coup le relationnel était, de côté du coup.

68 C : Ouais, puis passer, fallait vite passer à quelqu'un d'autre, pour pas l'oublier, fin..., il y avait
69 un juste milieu, quoi, il fallait aller vite, pour pas que d'autres personnes soient délaissées, et
70 en même temps, fallait délaissier cette personne-là, pour, pouvoir faire tout le monde.

71 L : Et, est-ce que vous pensez que du fait de, fin..., ce manque de temps, est-ce que vous pensez
72 que sa peut être lié à l'établissement, l'institution, ou à l'organisation du travail tout
73 simplement.

74 C : Ben oui, c'est forcément lié, de toute façon plus on a de patients, moins on a de temps et
75 moins on a de personnels, moins on a de temps, donc forcément c'est lié, après, euh, je pense
76 que c'est aussi personnel. C'est-à-dire que c'est à toi, de voir si tu veux prendre le temps ou
77 pas, euh, certes, il y a une question d'horaires mais, est ce que toi finalement, tu veux pas la
78 dépasser un peu, ces horaires-là, pour justement faire ton soin jusqu'au bout, c'est-à-dire parler
79 un peu avec la personne et fin, moi ce que j'aimer bien, c'est prendre la personne âgée, faire sa
80 toilette, et puis, euh, une fois il fallait la mettre devant son petit déjeuner, etc., ben elle était
81 contente, elle avait passé un bon moment.

82 L : Oui, d'accord c'était, fin..., du coup, vous dans votre soin, c'est plutôt, vous , vous, parler
83 plutôt de la , du relationnel, peut-être délaissé un peu, entre guillemets, cette technique, au,
84 fin..., plutôt faire du relationnel, quoi, c'est vraiment ce que...

85 C : Euh, surtout dans les lieux de vie, je pense que c'est plus important, après , je comprends
86 qu'il y est des services où l'hygiène, etc..., ce soit très important, euh, après sa vient aussi avec
87 l'expérience, c'est-à-dire, qu'avec l'expérience on prend moins de temps dans la technique,
88 parce qu'on est mieux organisé, du coup on a plus de temps pour le relationnel.

89 L : D'accord, donc vous pensez qu'avec l'expérience cette, la relation avec le soigné peut
90 changer ? c'est-à-dire que si vous avez plus d'expérience, vous pensez que du coup, vous allez
91 passer moins de temps dans le soin, fin..., à faire la technique et plus avec le patient, c'est ce
92 que...

93 C : Oui je pense, plus t'est à l'aise, plus tu fais les choses vite, tu réfléchis moins, donc tu le fait
94 un peu automatiquement et du coup en plus, ça te permet de mettre le relationnel en plus de ça,

95 c'est-à-dire que quand tu te concentre pour un soin, quoi que ce soit, tu as l'habitude de le faire,
 96 tu peux parler par exemple à la personne en même temps, tu peux selon le soin que tu fais, du
 97 coup, forcément plus tu as de l'expérience et je pense plus la gestion du temps et du relationnel,
 98 du coup, fonctionne.

99 **L** : D'accord, donc du coup, là je vais vous présenter ma situation d'appel, pour, pouvoir, fin...,
 100 pour, ben, pour que vous compreniez mon travail et comment, euh, fin..., comment, je mène
 101 ma recherche. Du coup, il s'agit d'une patiente de 70 ans, qui est atteinte d'une sclérose en
 102 place, elle rentre, donc je suis en stage à cette époque-là, dans un service de médecine, elle
 103 rentre pour une altération de l'état général, voilà, euh, c'est une patiente depuis le mois de,
 104 donc, sa sclérose en plaques a été diagnostiquée, il y a un an et depuis le mois de juillet, euh, elle
 105 se dégrade, voilà, elle fait des chutes, elle fait des fausses routes, et, euh, elle voit bien que,
 106 c'est de pire en pire quoi. Et surtout, ce qui important, c'est que chez cette patiente-là, au lieu
 107 que la sclérose en plaques, touche, euh, les membres inférieurs, euh, fin..., tout ce qui est
 108 motricité, chez elle, sa touche la parole, donc, elle a énormément du mal à parler, à
 109 communiquer, donc, elle communique à l'aide d'un cahier, quand elle y arrive, des fois, on
 110 arrive à la comprendre, mais c'est très compliqué. Et, le jour donc de ma situation, cette patiente
 111 qui a fait une fausse route, donc, une grosse fausse route, bon, ben, on a tout mis en place pour
 112 que, pour qu'elle puisse s'en sortir, elle s'en est sortie, et en fait, l'après-midi, donc, après la
 113 fausse route, on est resté un peu avec elle, puisque c'était après le repas, et après l'après-midi,
 114 euh, on est repassés, euh, ben, pour voir comment elle se sentait, et là, elle a éclaté en sanglots,
 115 en nous disant que, ben, elle se rendait bien compte que son état se dégrader, et que ben c'était
 116 très compliqué pour elle d'accepter ça, puisque quelques mois auparavant, elle s'occuper encore
 117 d'enfants, et que pour elle s'était très compliqué de plus pouvoir faire certaines activités de la
 118 vie. Et, à ce moment-là, elle a commencé à nous poser, nous interroger, sur la sclérose en
 119 plaque, euh, comment elle pouvait, comment elle avait pu attraper cette maladie, comment elle
 120 se développer et c'est vrai que moi, je suis resté vraiment en retrait, puisque je savais pas
 121 comment lui répondre, puisque la sclérose en plaques, c'est quelque chose, c'est encore, il y a
 122 pas beaucoup de connaissances sur cette maladie, on commence à en avoir mais c'est compliqué
 123 et en plus de ça, elle voulait des questions, enfin, des réponses, à ses questions, à propos de
 124 comment elle allait pouvoir, enfin, comment sa maladie aller évoluer, et nous en tant que
 125 soignant, ben on peut pas forcément savoir comment ça va évoluer, si, on sait pertinemment,
 126 enfin, on peut s'en douter que, ça va évoluer, ben, euh, pas très bien, que son état va se dégrader

127 et du coup dans cette situation-là, moi je suis resté vachement en retrait, je n'arrive pas , je
128 savais pas quoi lui dire, j'ai été très touché par cette dame puisque je me suis dit, ben, euh, mon
129 dieu, ben, c'est catastrophique ce qui lui arrive, quoi, elle se retrouve là, euh, elle a du mal à
130 communiquer, donc c'est très compliqué, elle voit que maintenant, elle fait des fausses routes,
131 elle voit que elle fait de plus en plus de chutes, enfin, c'est très compliqué et c'est normal qu'elle
132 s'inquiète de son avenir, quoi, et je suis resté vraiment , en retrait, par rapport, à cette situation
133 et que ça m'a vraiment touché, quoi, de la voir comme ça, et ben par la suite, c'est une patiente
134 que du coup, ben, j'ai vraiment accroché avec elle, quoi, il y a vraiment une relation qui s'est
135 créer entre elle et moi , ouais et tout le long du stage, euh, c'était, enfin, j'ai essayé d'être là
136 pour elle au maximum, mais c'est quelque chose, qui m'a vraiment affecté, et , ben , je me suis
137 poser la question, pourquoi à ce moment-là, tu n'as pas pu lui répondre, pourquoi tu as n'a pas
138 été capable, voilà, donc ça, c'est ma situation d'appel. Est- ce que vous, enfin, est-ce que vous
139 déjà vous avez compris la situation ? Et qu'est-ce que, est-ce que ça vous parle ce genre de
140 situation ? peut-être que vous avez déjà rencontré une situation un peu similaire, où vous avez
141 été dans l'impasse, dans l'impuissance avec une patiente ou un patient.

142 **C :** Euh, oui, ça arrive souvent, euh, après oui, j'ai compris ta situation, euh, après je pense que
143 ça arrive souvent, dans n'importe quel service ou lieu de vie où on n'est, je pense que, ben il
144 n'y a pas que la sclérose en plaques où on ne sait pas répondre à toutes les questions, on ne peut
145 pas lire dans l'avenir, comment ça va se passer, etc.... Euh après c'est toujours, ouais, c'est
146 toujours délicat ces situations-là, euh, c'est, fin... , moi par exemple, en maison de retraite, j'en
147 ai beaucoup croisé qui me dise, qui demande comment ils vont mourir, est-ce qu'ils vont mourir
148 ici ? euh, euh, pareil leur évolution de la maladie puisque c'est vrai, qu'on a de plus en plus de
149 personnes qui avaient des scléroses en plaques aussi, euh, les personnes qui faisaient un AVC
150 et que, voilà, euh, qui avez senti aussi leur état se dégrader, donc, euh, ben c'est toujours,
151 toujours compliqué en tant que soignant, euh, déjà parce qu'on sait que au fond, c'est des
152 maladies effectivement qui se guériront pas et qui peuvent dégrader encore plus le patient et
153 que on n' a pas envie non plus de lui dire, euh, oui vous allez en mourir, oui vous allez, enfin,
154 c'est hyper compliqué quoi quand te, surtout quand on s'attache à une personne en plus, je
155 pense que plus on s'attache à une personne, plus il y a un relationnel et plus s'est compliqué,
156 plus ces choses-là sont compliquées à aborder , après je pense que à la place du patient, par
157 contre, il compte plus sur toi, quand tu as un bon relationnel, parce que les patients , ils ont
158 toujours une accroche avec un soignant, ils ont toujours un soignant avec lequel ils se confient

159 etc... , et je pense que , ben, ils attendent des réponse de cette personne là en fait, plu, plus ton,
 160 ta, de relationnel avec lui et plus il attend des réponses sincères on va dire, c'est-à-dire ils
 161 attendent que tu leur réponde vraiment ce que tu penses, après le truc, c'est que déjà tu as pas
 162 les compétences nécessaires pour dire, parfois ce qui va arriver ou voilà, et puis pareil au niveau
 163 des diagnostics, c'est pas à toi de le faire etc..., donc c'est vrai que ben il faut se positionner
 164 entre tout ça et des fois c'est compliqué

165 **L :** Euh, est-ce que , euh, donc, moi dans ma situation, donc ce qui en ressort c'est que, ben,
 166 dans le soin et moi je le pense, que dans le soin, ben y a des émotions et des affects qui en
 167 ressorte ça, c'est indéniable, ça fait partie, pour moi, ça fait partie du soin. Est-ce que pour toi,
 168 enfin, qu'est-ce que représente les émotions dans cette relation avec le patient ?

169 **C :** Euh, qu'est-ce que ça représente ?, ben , euh, je sais pas si je vais répondre à ta question
 170 mais, euh, euh, pour moi les émotions, je suis d'accord avec toi, ça fait partie, enfin, quand tu
 171 fais un soin ou que tu as une relation avec un patient, il y a forcément de l'affect et des émotions,
 172 mais après je pense que parfois les émotions, elles sont trop fortes pour toi, parce que, euh, euh,
 173 tu, c'est un peu un miroir pour toi, c'est-à-dire que tu te met un peu à la place du patient, et tu
 174 te dit qu'effectivement, toi à sa place, tu réagirait comme ça, etc... , et du coup ça t'affecte
 175 plus ou moins, selon, euh, l'image qu'elle te renvoie elle, euh, mais, euh, je réfléchis en même
 176 temps, mais après, euh, après je pense, que les émotions, que ce soit, enfin, entre le patient et
 177 le soignant, il faut que, il faut les laisser venir, entre guillemets, et , euh, je veux dire tu as pas
 178 de barrière à te mettre en fait, c'est-à-dire que, il faut le partager avec le patient, il ne faut pas
 179 les garder pour soi, parce que, euh, si tu partages pas tes émotions avec le patient, euh, déjà il
 180 va interpréter tes émotions qui ne sont pas , qui est pas forcément une bonne interprétation et
 181 du coup, ben, ça peut donner, ça peut donner des, comment dire, des fausses interprétations
 182 quoi, et, je pense qu'il faut en parler, c'est-à-dire, euh, toi tu peux lui dire ce que tu ressens,
 183 sans non plus, en faire un truc théâtral, si tu veux, mais du coup, en parler avec elle, et lui, que
 184 si tu sais pas , ben tu sais pas, euh, si ça t'attriste ben ça attriste, euh, si tu as de l'empathie avec
 185 elle, tu le comprend, ben il faut lui dire, je pense qu'il faut, après, il y a des limites à pas franchir,
 186 c'est-à-dire que, faut pas non plus, la prendre dans les bras et lui dire « oh mon dieu, je suis
 187 désolé , tu vas mourir », enfin, je suis dans l'extrême mais bon. Les émotions s'est , on peut pas
 188 passer à travers, c'est impossible, quand tu as une relation avec quelqu'un même autre qu'un
 189 patient, euh, les affects et les émotions , elles sont dedans donc il faut faire avec, avec celles du
 190 patient, celles du soignant, faut voilà, après, c'est toi, forcément en tant que soignant qui n'est

191 pas malade et qui peut gérer un minimum tes émotions, à cadrer le, la relation, à cadrer le truc,
 192 à essayer de la rassurer, etc..., mais, ça n'empêche que, si toi tu en a des émotions, euh, faut les
 193 accepter, puis faut les prendre comme elles viennent, et puis, euh, et puis je pense que ça sert à
 194 rien de le cacher au patient, parce que déjà il n'est pas bête , il le voit, si t'est mal à l'aise, il le
 195 voit, si t'est triste, il le voit, donc, euh, je pense que si il y a une bonne relation qui se fait entre
 196 toi et le patient, faut , en parler, et, voilà.

197 **L** : est-ce que , euh, vous pouvez me raconter une situation, euh, qui, à engager des émotions
 198 et de l'affect pour vous, enfin, qui vous as affecté ?

199 **C** : Euh, ouais il y en a une qui m'a particulièrement affecté c'était dame, euh, qui avait quatre-
 200 vingt ans à peu près, ça faisait une dizaine d'années, qu'elle était dans la maison de retraite donc
 201 tout le monde la connaissait très bien et c'est une dame en fait qui était très obèse et qui a fini
 202 par rester dans un lit alité parce que on n'avait plus le matériel pour s'occuper d'elle ,pour la
 203 lever etc..., donc elle a fini avec beaucoup d'escarres et son état se dégrader et très très vite et ,
 204 en fait elle, elle sentait que son état se dégradé et que ça allait pas ,ça allait pas forcément
 205 s'arranger et du coup j'ai passé une fois, j'ai passé deux, trois heures, dans sa chambre, où elle
 206 me demander ,si elle pouvait mourir, si qu'elle en pouvais plus , qu'elle voulait plus rester dans
 207 cette situation-là etc..., qu'il fallait que je fasse quelque chose que, ensuite, ensuite, elle s'est
 208 encore plus dégradée donc le médecin est passé ,il voulait l'envoyer à l'hôpital et c'était une
 209 dame qui avait la phobie de l'hôpital, elle voulait surtout pas y aller et donc elle me supplier de
 210 pas l'amener à l'hôpital parce qu'elle savait qu'elle allait mourir là-bas, si elle y aller, et du coup
 211 c'était compliqué à gérer ,parce que c'est une dame effectivement que je connaissais très bien
 212 parce que ça faisait des années que j'étais là, et que je la connaissais et qu' effectivement elle
 213 était phobique de l'hôpital ça, ça a toujours été même pour un examen ,c'était une galère fallait
 214 la rassurer pendant des heures et des heures en disant vous allez revenir c'est juste un examen
 215 etc., et là effectivement moi je savais en tant que soignante, que effectivement il y avait des
 216 chances qu'elle ne revienne pas et je savais que en plus elle voulait mourir dans sa chambre
 217 tranquillement et voilà elle m'a supplié pendant des heures et des heures de pas la laisser partir
 218 sauf que moi bah j'étais aide- soignante ,j'avais aucun pouvoir là-dessus, de pouvoir dire non
 219 vous la laisser dans sa chambre vous faites si, vous fait ça ,enfin moi je suis pas médecin et et
 220 ça était super compliqué ,finalement , elle est partie à l'hôpital, elle est morte dans l'ambulance,
 221 donc euh, voilà, les peu de force de pour parler, enfin pour me parler et dire ce qu'elle pensait,
 222 c'est que, et moi je pouvais rien faire quoi , je pouvais juste l'écouter , la rassurer un maximum

223 mais c'est vrai que du coup j'étais un peu, je pouvais pas lui dire, oui effectivement ,il y a, il y
 224 a beaucoup de chances que vous partiez à l'hôpital et que vous mouriez là-bas , je ne pouvez
 225 pas dire ça, du coup , ces des situations qui sont compliquées , en plus ça m'attristé, parce que
 226 c'était une personne que je connaissais depuis un moment et je sentais qu'elle était en train de
 227 partir , donc j'avais plein d'émotions qui passer en même ,j'essayer de la rassurer en même
 228 temps et j'essayer de pas lui montrer mon inquiétude non plus, pour pas qu'elle en ait plus
 229 ,enfin il y a plein de d'émotions et d'affects qui se mélangeaient, c'était un peu compliqué.

230 **L :** Et est-ce que, donc là, vous m'avez parlé, que vous aviez ressentis des émotions, donc, de
 231 l'affect, de la tristesse surtout, pour cette patiente que vous connaissiez depuis un moment et le
 232 fait de ne pas pouvoir, enfin, d'avoir pu agir, faire quelque chose pour elle, est-ce que, enfin,
 233 pour vous cette situation, est-ce, euh, elle était négative ou positive ? et pourquoi ?

234 **C :** Pour moi, oui, euh, non ben les deux, elle était négative dans le sens où, où j'avais
 235 l'impression de ne pas arriver à la calmer et euh, et à la rassuré sur le fait, qu'elle parte à
 236 l'hôpital, et qu'elle allait pas mourir etc..., euh, en plus c'était un peu le bazar dans sa chambre,
 237 il y avait beaucoup de soignants, beaucoup de bruits, de, donc c'était compliqué à gérer, et, euh,
 238 et en même temps, enfin, le truc positif, c'est que ben, euh, avec cette situation-là, j'ai pris du
 239 recul, j'ai essayé de voir ce que j'aurais dû faire, pas faire, enfin, j'ai essayé de prendre de la
 240 hauteur pour voir si la prochaine fois, si , une situation comme ça, euh, je la rencontrais encore
 241 une fois, j'aurais fait d'autre chose différemment, et du ben voilà ça permet de, te remettre en
 242 question, sur, euh, sur toi, et sur tes émotions aussi quoi.

243 **L :** Euh, du coup vous m'a parlé que vous vouliez faire autrement , comment, est-ce que vous
 244 auriez pu mettre en place ?

245 **C :** Euh, bah déjà c'est ce que je disais tout à l'heure, il y avait beaucoup de monde, j'aurais
 246 pu en tant qu'aide-soignante , leur dire écoutez ,les décisions, les choses comme ça, est-ce que
 247 vous pouvez les prendre à l'extérieur de la chambre, histoire que je reste un peu au calme avec
 248 elle ,que j'essaye de la calmer voilà , euh, et puis bah j'aurais fait plein de trucs en amont, pour
 249 pas que cette situation-là arrive en fait, c'est à dire que je sais pas ,là comme ,ça je sais pas trop
 250 ,mais je sais pas trouver du matériel pour elle pour qu'elle puisse se lever ,pour pas qu'elle est
 251 ses escarres, euh, préparer, ou au pire préparer ce qui pouvait éventuellement se passer ,c'est à
 252 dire tout ce qui est on la laisse dans sa chambre ou on envoie à l'hôpital, qu'est-ce qu'on fait ,
 253 est ce qu'on la laisse comme ça et du coup on aurait eu ,si par exemple il y avait je sais pas moi
 254 en fin de vie qui aurait été posées, par exemple, on aurait pu faire ça calmement , on aurait pu,

255 elle ça l'aurait beaucoup angoissé, on l'aurait pas amené à l'hôpital ,on l'aurait laissé partir
256 comme ça et puis elle aurait était plus tranquille voilà, après ,après j'aurais peut-être été moi
257 moins affecté par la situation et du coup même si elle était partie et si elle était morte ,j'aurais
258 pu l'accompagner jusqu'à la fin tranquillement sans que moi je sois vraiment , parce que, j'aurais
259 été triste mais j'aurais été moins inquiète pour elle du coup , ça aurait été moins stressant .

260 **L :** Là , du coup, vous abordez une notion qui est importante c'est, enfin , cette dame , du coup
261 elle a pas eu, entre guillemets ,son mot à dire puisque bah elle , s'était en situation d'urgence et
262 on n'a pas tenu compte ,enfin, je sais pas dans quel état elle était au moment de cette situation
263 d'urgence , si elle été consciente ou pas si elle pouvait s'exprimer, mais du coup on n'a pas tenu
264 compte de son ,de ses choix quoi, de ce qu'elle voulait quoi.

265 **C :** oui c'est ça et puis il n'y a pas eu le travail qui aurait fallu qui est avant ,c'est à dire
266 effectivement lui demander elle ce qu'elle voulait quand elle avait la possibilité de s'exprimer
267 correctement, euh, et puis c'est vrai que nous ,on aurait pu aussi au niveau du matériel dire , le
268 matériel va lâcher il faut qu'on trouve autre chose et enfin voilà il y a plein de choses qui fait
269 qu' on aurait pu éviter tout ça quoi

270 **L :** du coup-là ,vous avez donc, vous avez réfléchi à cette situation ,vous avez pris du recul,
271 est-ce que du coup, euh, votre ressenti, là il a changé ,c'est à dire que ,est ce que maintenant
272 avec ce recul vous vous sentez peut-être un peu moins affecté ou... ?

273 **C :** Euh, je dirais pas que je me sens moins affecté ,mais je me dis comme ,en fait ,comme ce
274 que j'ai dit tout à l'heure c'est que je l'ai vécu une fois ,je sais, enfin je sais, on sait jamais trop
275 à cent pourcent mais il y a des choses que je ferais différemment, maintenant, je suis plus
276 attentive sur certaines choses et du coup, euh, j'espère que avec ça, avec cette situation et cette
277 expérience-là, euh, je vais pouvoir proposer des choses pour que justement ça ,ça se reproduise
278 pas quoi

279 **L :** D'accord, et du coup donc du fait d'avoir été touché ,enfin ,je pense que cette patiente vous
280 a déjà touché avant qu'il se passe cette situation d'urgence, est-ce que du fait d'avoir été affecté
281 et d'avoir éprouvé des émotions ,bah, pour cette patiente dans cette relation que vous aviez avec
282 elle, est ce que vous pensez que vous avez fait davantage pour cette patiente, vous avez mis en
283 place davantage de choses et est-ce que vous pensez que pour elle ça lui apporté quelque chose ?

284 **C :** oui c'est sûr, j'ai fait plus de choses pour elle, euh, et je pense que ça lui a apporté parce que
285 elle aurait été toute seule ça aurait été pire, donc oui je pense que même si j'étais impuissante
286 et que je pouvais pas changer la situation en elle-même ,elle était pas seule ,elle était avec moi,

287 elle me connaissait, euh, en plus on s'est toujours bien entendu toutes les deux, donc je pense
288 que j'étais une des personnes qui , euh, qu'elle voulait voir donc je pense que, oui, je pense que
289 je l'ai aidé quand même.

290 L : Et est-ce dans votre vie de tous les jours , comment vous, vous arrivez à gérer ses émotions,
291 cet affect ? Et comment vous faites pour ne pas être trop impacté ?

292 C : Euh, ben déjà on en parle en équipe, beaucoup, on débrief, euh , parce que la majorité des
293 collègues ils sont bienveillants, donc ils essayent rassurer ,de vous dire que vous avez bien fait
294 les choses etc... et puis des fois on parle aux proches aussi quand on rentre, des fois ça peut
295 soulager aussi, euh, bon après moi je quoi, je prends les choses seules aussi des fois, je m'auto
296 critique (rire), je me parle à moi-même, mais , ouais je pense que c'est les 3 grands trucs quoi
297 ,c'est réfléchir soi-même à ce qu'on a fait voilà, c'est en parler à l'équipe, se faire aider s'il y a
298 besoin puisque il y a des psy dans les services donc si il y a besoin faut le faire et puis les
299 proches aussi.

300 L : D'accord, parfait, ben je vais, je vous remercie pour cet entretien et puis ben à bientôt.

301 C : A bientôt .

Annexe III : Retranscription de l'entretien n°2 : Roxanne

- 1 **Lisa** : Bonjour, donc ,je suis Lisa, étudiante infirmière en 3e année, donc dans le cadre de mon
2 mémoire de fin d'études, euh, donc je m'adresse à vous en fait pour faire un entretien. Mon
3 mémoire porte sur en fait les émotions et l'affect dans le soin ,ma question en fait de départ dans
4 mon mémoire, c'est en quoi les émotions et affectent impacte-t-il le soin ? , alors pourquoi cette
5 question de départ, ben parce qu'en fait c'est une situation que j'ai vécue en stage voilà ,j'ai été
6 très affectée par une personne ,cette situation je vais vous la raconter donc au fur et à mesure
7 du coup pour pouvoir vous situer les choses et ce que je regarde mon entretien voilà et voilà
8 donc le but de mon travail c'est vraiment travailler sur les émotions les affects dans le soin et la
9 relation du coup avec le soigne. Est-ce que vous pouvez vous présentez vous en tant
10 qu'infirmière ?
- 11 **Roxanne** : Oui, bonjour donc je suis Roxanne, ancienne infirmière en retraite depuis 3 ans et
12 contente d'être en retraite voilà, je tenais à préciser tout ça ,j'ai commencé à l'âge de 17 ans ,j'ai
13 fait une formation sans bac , euh, j'ai fait ,j'ai passé un concours ,j'ai été aidé par mes profs
14 puisque je n'étais qu'en première et il fallait à ce moment-là bas pas de niveau spécial donc j'ai
15 travaillé sur la seconde puisque j'étais en seconde en cours ,première en cours aussi après et
16 avec des profs et puis voilà il m'ont demandé de travailler certaines choses qu'il pouvait avoir
17 répercussions sur le concours donc c'est ce que j'ai fait et je n'ai donc pas mon bac contrairement
18 à d'autres infirmières, mais ma passion a toujours été d'être une infirmière voilà, c'est mon but
19 depuis que je suis petite jusqu'à maintenant jusqu'à un moment où j'ai lâché tout parce que là
20 vraiment j'ai lâché tout ,mais pour Lisa ,je veux bien recommencer un peu (rire...) j'ai
21 commencé dans un hôpital, un l'hôpital rural sur C..., j'ai travaillé un an, ensuite j'ai rencontré
22 mon mari, euh, je suis donc venue travailler est installée sur M*** où nous habitons ? j'ai
23 travaillé 8 ans en clinique privée parce que la relation dans cette clinique-là était tout à fait
24 familiale et j'attache une grande importance au social , à la relation avec le patient voilà donc
25 et puis après, ben, j'ai eu mes enfants et puis puis puis ,j'ai arrêté encore sept ans et je, je suis
26 partie dans le libéral je suis parti un petit peu avec une collègue qui était à 4 km de chez moi,
27 je savais pas ce que c'était, bon Ben, j'ai eu beaucoup de soucis par rapport à l'esprit d'équipe
28 qui n'existait plus malheureusement et j'ai toujours essayer d'avoir un esprit d' équipe avec
29 d'autres infirmiers libéraux et je me suis aperçu que c'était vraiment le reflet du mot, reflété
30 vraiment ce qu'étaient les libéraux sur M... puisque c'est quand même voilà ,là que j'étais

31 installé et ils étaient vraiment trop dépendant pour moi donc je me suis retourné ensuite sur des
32 formations, des informations ,j'ai eu quelques collègues qui ont partagé des patients avec moi
33 etc.. Donc voilà j'ai pu obtenir quand même un relationnel avec l'équipe, on va dire et puis
34 après avec, avec les patients bien sûr . Bon confrontés à beaucoup de problèmes d'association
35 parce que je travaillais pour exercer mon boulot comme je l'entendais et je travaillais pas
36 forcément pour l'argent , donc ce qui me choqué dans ce d'esprit libéral, c'était en fait les filles
37 se proposaient ou les garçons d'ailleurs et il me disait combien on gagne voilà ,c'était la première
38 question ,c'était pas tellement le boulot qui avait à faire c'était combien on gagne et ça ça a
39 commencé un peu à me dégoûter et j'ai continué mon travail comme ça en exerçant comme je
40 l'entendais et en disant bien aux gens que moi j'exerçais comme ça mais, que après tout ,tout le
41 système relationnel avec mes associés ils devaient voir avec mes associés donc et puis je suis
42 arrivé à pas mal d'année d'infirmière libérale, euh, j'ai même un copain qui était psychiatre et
43 qui me disait t'est pas normal toi, en général au bout de 15 ans elles sont toutes foutues donc
44 voilà ,c'est, c'est un peu l'image que j'ai c'était une passion au départ et une passion dans mon
45 boulot et un résultat qui m'a satisfait et un plaisir effectivement ,voilà j'ai eu des stagiaires j'ai
46 eu, j'ai eu tout ça.

47 **L :** Et, du coup ,vous avez travaillé ,enfin ,vous m'avez parlé que vous avez travaillé à l'hôpital
48 donc privé c'est ça ? dans une clinique, dans quels services vous avez travaillé ?

49 **R :** Euh, essentiellement en chirurgie parce que ,je ne me sentais pas du tout,
50 psychologiquement de travailler dans des centres de médecine où il y avait pas d'avenir , où, il
51 y avait pas d'évolution possible pour le patient mais voilà ,je ,j'ai toujours mis un holà ,au niveau
52 de ma, ma personnalité sur les chimio , parce que je savais que je m'engagerais beaucoup trop
53 , les chimiothérapies, les gens qui avaient des cancers vraiment en terminaux ,je savais que je
54 m'engage trop donc après c'était néfaste pour moi.

55 **L :** D'accord, est ce que vous pouvez me dire ,pour vous ce que ce c'est un bon soin ? qu'est-
56 ce que vous qualifiez d'un bon soin ?

57 **R :** Ben le bon soin, c'est le soin technique d'abord, essentiellement ,avec des ,en ce qui me
58 concernait d'avoir des formations qui étaient à jour puisque les choses évoluent très rapidement
59 et ce qui m'intéressait c'était le côté relationnel avec le patient ,énormément ,il y a que
60 pratiquement qui m'intéresser mais ça c'est pas rentable.

61 **L :** Et, est ce que vous avez une expérience de soin, euh, qui vous a pleinement satisfait et que
62 vous pourriez du coup m'en raconter

63 **R** : Euh, dans quel domaine ?

64 **L** : Alors là, enfin dans cette question-là, je veux savoir en gros, si pour vous ,donc ,par exemple
65 quand vous faites un soin, euh, enfin ,comment vous sentez que vous avez, enfin ,que vous
66 avez effectué votre travail en fait.

67 **R** :Ah, ok, donc, j'ai fait mon travail , je sentais que j'avais fait mon travail avec des formations
68 justement et des informations avec différents collègues lorsque j'avais des soucis pour capter
69 certains souhaits où certains matériaux à utiliser, j'appelais des collègues pour m'aider parce
70 que je trouvais voilà j'ai toujours estimé que le relationnel était important mais que aussi
71 l'association était encore plus importante, l'association de travail avec des équipes.

72 **L** : Est-ce que au contraire il y a dans votre carrière que ça soit en libéral ,ou, en, ou dans la
73 clinique est ce qu'il y a eu un soin par exemple qui vous a insatisfait enfin vous avez pas pu
74 faire comme vous l'aurait souhaité.

75 **R** : Ça c'est une question difficile hein, oula, ça me remet en arrière , (rire...) , quelque chose
76 de difficile ? non je pense, que j'ai, j'ai souvent donné ,enfin bon c'est pas une gloriole , j'ai
77 souvent donné tout ce que je pouvais donner et j'ai pas de souvenir de..., c'est une bonne
78 question ,j'ai pas de souvenir de quelque chose de négatif, hormis ,certaines relations familiales
79 lorsque il y avait un entourage un petit peu compliqué et ça ça existait beaucoup mais je ne me
80 mettez pas au milieu donc j'avais appris à me protéger aussi d'une certaine façon mais je n'étais
81 pas protégé contre les cancers ,les problèmes de ce style ,c'est quelque chose qui pour moi
82 évolué vers quelque chose de négatif puisque on va parler mort et vie donc ça m'intéresser
83 moins ,ce qui m'intéressait c'était les gens qui ,qui avaient des actions dans le système de soins
84 que je pouvais amener ou que je pouvais aider notamment des maladies du Parkinson, des
85 Alzheimer voilà et etc... , ça c'est des gens qui me passionnait et qui demandent aussi beaucoup
86 d'énergie bien sûr

87 **L** : Oui, parce ce que du coup, enfin, on peut du coup dire que le relationnel est un peu différent
88 avec ses patients puisque, enfin, quand ils ont des troubles cognitifs forcément, euh...

89 **R** : Oui mais bon, il faut savoir rentrer dans leur système de vie, faut connaître un peu leur vie
90 auparavant et je pense qu'ils apportent beaucoup aussi, je parle surtout de personne atteintes de
91 maladie d'Alzheimer, les personnes atteintes de maladie de parkinson sont des gens qui ont
92 beaucoup de caractère, et c'est quelque chose qui me plaisait ça.

93 **L** : Alors du coup , Ben donc, bah justement, moi ma situation d'appel, donc ,en fait ,donc, cette
94 situation que j'ai vécu lors d'un stage et en fait qui s'est passé avec une patiente donc atteinte

d'une sclérose en plaque ,une patiente de 70 ans voilà, qui avait été diagnostiquée il y a 1 an et qui rentrait donc dans le service de médecine pour mon altération de l'état général ,c'est une dame ,donc elle est rentrée au mois de septembre et depuis le mois de juillet son état se dégradait et en fait elle se rendait compte que, elle s'étouffer, en fait la maladie avait , au niveau de ses cordes vocale ,elle n'arrivait plus à communiquer correctement c'est à dire que sa voix trembloter, enfin c'était compliqué de la comprendre .Elle utilisait un carnet, pour se faire comprendre avec les soignants quoi, mais elle voyait bien que son ,elle était consciente ,elle voyait bien que son état se dégradé et Ben qu'elle pouvait plus rien faire quoi et un jour donc, elle a fait une fausse route, moi j'étais à ce moment-là dans la chambre donc bon on a tout mis en place pour bah la sauver quoi, on a fait tout ce qu'on a pu, elle est revenue à elle et tout et elle s'est ,à la suite de ça, elle s'est rendu compte, Ben en fait elle s'est mis à pleurer quoi, parce qu'elle voit vraiment que son état se dégrade et moi quand elle était face à moi en pleure, je n'ai ,je ,j'ai, enfin je savais pas quoi lui dire, je suis restée stupéfaite devant ce que cette dame, j'ai pas su réagir ,alors je pense que c'est parce que j'ai été prise d'une émotion, enfin ,dans ma tête je me suis dit ça doit être horrible quand on est conscient de se voir dégradé comme ça quoi ,donc j'étais complètement, je n'ai pas pu lui répondre j'ai été et je savais pas quoi lui dire quoi parce que je peux pas lui dire je comprends parce que je suis pas à sa place, enfin, je savais pas, j'étais complètement, ça m'a énormément affecté donc j'en ai parlé à l'équipe puisque c'est une situation bah du coup qui m'a fait réfléchir quoi dans la prise en charge que j'ai eu avec cette patiente et et du coup , ben , d'où le sujet de mon mémoire en quoi , euh, les affects et les émotions impactent -il le soin ? Est-ce que ça peut avoir un impact dessus ? Est-ce que, enfin ,qu'est-ce que vous vous pensez de ma situation ,est ce que peut être vous avez vécu quelque chose qui ressemble

R: Oui parce que il y a plein, il y a plein de sujets qui peuvent affecter de cette façon-là, je pense que le problème dans, dans notre profession, c'est le temps voilà ,parce que moi si vous voulez, j'avais quand même du temps en ,en clinique, pour discuter avec des patients notamment des patients ORL, avec des trachéotomie et etc... ça me rappelle tout ça, ce que l'histoire, que tu me racontes , que vous me raconter mais bon, euh ,ça me rappelle tout ça, mais j'avais le temps c'est ça le la différence et actuellement je trouve, que les jeunes qui sont entrés ,puisque j'ai quand même quelques expériences de jeunes, une nièce qui infirmière actuellement etc..., donc j'ai une progression dans la profession qui est suivie et je me dis mais quel est, quel va être leur désir ,qu'elle va être leur récompense entre guillemets parce que bon, on fait pas ça

127 pour des récompenses bien sûr, mais s'il y a que du négatif dans le travail, on a plutôt envie de
128 fuir que de rester donc c'est la question que je me pose moi actuellement avec le manque de
129 temps qu'ils ont ,j'ai eu beaucoup de discussions aussi avec des auxiliaires de vie, euh, avec des
130 aides-soignantes en formation ou pas, qui me disaient après le COVID, puisqu'il faut quand
131 même en parler, c'est important, après le COVID ,j'ai arrêté de faire ma formation parce que il
132 n'y avait plus, j'avais l'impression de harceler le monde, c'est à dire j'avais l'impression que je
133 passais de passer d'un patient à l' autre sans avoir 30 secondes à leur accorder, alors après c'est
134 moi qui vais poser la question ,quel est le changement qu'on pourrait accorder pour que les
135 infirmiers/ infirmières et toutes les professions de santé puis avoir quand même un certain
136 plaisir, parce que c'est quelque chose, une profession qui est difficile qu'est-ce qu'on pourrait
137 faire, hormis, alors, gros problème, bon on ne peut pas faire de politique là ,mais gros problème
138 c'est l'embauche , l'embauche du personnel etc... et une considération meilleure, quelque part
139 je me dis ,je, je vous cacherais pas que j'ai été rappelé pour faire des vaccins, je ne me sentais
140 plus de revenir, dans ma profession étant donné que j'avais signé mon arrêt ,mon arrêt de travail
141 complet auprès de la CPAM, je me disais ,je leur ai dit ,je leur ai répondu mais appelez donc
142 les étudiants ,les étudiants en médecine, les étudiants infirmiers ,et après tout ce monde-là qui
143 a une formation sur le temps en fait parce que leur formation va être complètement différente
144 de la mienne voilà, moi personnellement je n'aurais pas pu exercer dans, avec un travail, dans
145 ce système-là, je serai partie, un système de travail ou on travaille à la va vite ça me correspond
146 pas et je n'aurais pas pu tenir 30 ans presque. (rire)

147 **L** : Oui c'est vrai ce que vous dites, c'est que , mais même nous ,on le voit en tant que stagiaire
148 c'est que on nous demande de prendre en charge des patients , un secteur de patients et en fait
149 on a tellement de soins, de, enfin, sur par exemple un patient qui en fait et bah on a on peut pas
150 accorder du temps aux autres patients, on est obligé de faire, ben souvent vite, vite, parce que
151 bah il y a beaucoup de choses à faire et qu'on manque de temps et que ben on est seul pour gérer
152 tant de patients ,donc oui effectivement c'est pour ça que, ben même des jeunes diplômés, de il
153 y a un ou 2 ans, il y en a qui sont déjà en Burn Out, on peut dire ça.

154 **R** : Tout à fait, je comprends

155 **L** : Parce que ça devient , enfin, en plus avec la, la, la crise sanitaire, je pense que ça pas arranger
156 les choses, mais on a l'impression que tout ce qui est ben, les établissements, cette organisation,
157 c'est de pire en pire.

158 **R** : C'est de pire en pire, oui, parce que tout le monde est dégoûté, le personnel a été
159 malheureusement radié à cause de la non acceptation de la vaccination, ça c'est encore sujet
160 mais ,franchement moi je suis écoeurée, écoeurée de voir que actuellement, il y a un manque de
161 personnel intense, parce que bon ma vie personnelle fait que je me suis aussi rendu compte de
162 ça, euh, dans l'actif par contre et en étant uniquement spectateur et je me dis ma cocotte
163 maintenant il faut pas être malade, voilà il faut tenir le choc il faut se parer, euh, et, on doit pas
164 être malade.

165 **L** : Du coup donc moi dans le soin je pense que quand même il y a des émotions et les affects ,
166 qui s'y joue dans le soin ,on peut pas ,enfin pour moi, on peut pas enlever ça ça fait partie du
167 soin est ce qu'enfin, pour vous qu'est-ce que ça représente l'émotion dans le soin ?

168 **R** : L'émotion dans le soin, c'est une, c'est une image qui va ressembler à ce que j'ai vécu parce
169 que j'ai mal supporté à ce que etc... donc effectivement ,il faut avoir fait aussi un travail sur
170 soi-même personnellement, je vois pas un travail sur soi-même pour perdre du temps à faire
171 des actes médicaux rapides etc quoi ,donc par rapport à ça oui bien sûr qu'il y'a toujours l'affect
172 qui ,qui contribue à ce que le soin deviennent quelque chose qu'on comprend mieux, qu'on ou,
173 on aide mieux ou etc, mais, la chose que je me dis aussi, je me le suis dit pendant mon travail
174 et je me le dis encore, s'est-il ne faut pas rentrer dans le système du patient voilà ,il faut toujours
175 garder une image où il y a quand même une barrière entre le patient et le soignant, pour se
176 protéger attention et je pense que des ,des systèmes de soins ou de d'appui au niveau des
177 infirmiers, élève infirmier etc, euh, au niveau psychologique pour se protéger de ça ,serait
178 quelque chose de très important.

179 **L** : Est-ce que donc il vous est déjà arrivé d'être affecté par un patient ? Plusieurs patients ?

180 **R** : oui , oui bien-sur

181 **L** : Et est-ce , dans votre tête ,bon peut être que ça vous pousser à réfléchir, mais est-ce que
182 vous avez une situation qui vous rappelle , ben , où vous avez ressenti une forte émotion où
183 vraiment un affect pour ce patient là

184 **R** : Des affects, des affects, il y en a eu, euh, ce qui me revient à l'esprit actuellement c'est
185 surtout un patient qui avec, j'avais eu, j'avais beaucoup parler, qui avait une femme atteinte
186 d'une maladie psychiatrique et qui était aussi à la maison donc c'est des gens que j'ai côtoyé
187 dans leur contexte qui était un contexte de de vie très aisée, on va dire et ce , ce petit monsieur
188 là ,était ,ce grand monsieur puisqu'il était grand aussi , euh, est arrivé à son tour après le décès
189 de sa femme, à être sur son lit complètement mourant etc, et je partais en , je partais en semaine

190 de repos on va dire, et ma collègue m'appelle en cours de semaine et il me dit ,mais je comprends
191 pas tu m'as dit qu'il en avait plus que pour quelques jours et il est toujours là, il attend quelque
192 chose ,alors je lui dis bah écoute oula, ça, ça me pose souci parce que je voudrais pas qu'il
193 m'attende tous pour mourir , parce qu'en fait j'avais eu plusieurs personnes qui étaient morts
194 ,malheureusement dans ma semaine de boulot et donc elle ma collègue m'avait surnommé en
195 riant ils t'attendent tous pour mourir, et j'ai dit écoute, c'est pas forcément un cadeau mais ça
196 en est un quand même voilà donc effectivement ,ce petit papy m'avait attendu pour mourir parce
197 que ,quand je suis revenu bah voilà , il est décédé, et je lui ai dit qu'il pouvait partir tranquille.
198 **L** : Oui, il attend que vous quoi .

199 **R** : Apparemment oui il y a eu plusieurs choses, qui est ,et tout ça c'est quelque chose qui
200 m'affecte parce que c'est, parce que voilà parce que je me dis les gens meurent quand ils veulent
201 quand ils ont décidé et avec qui ils veulent.

202 **L** : Et ça vous affectent positivement ou négativement ?

203 **R** : Ça me donne à réfléchir voilà, ça me donne réfléchir uniquement à ma vie éventuellement
204 ma mort, donc non ça m'affecte pas ça me ça m'interpelle on va dire, c'est quelque chose de
205 positif.

206 **L** : Donc avec ce patient là ,vous avez certainement lié une relation assez entre guillemets
207 proche, enfin, peut-être de son côté à lui , il, il était ,vous représentiez quelque chose pour lui
208 et euh et du coup bah voilà, vous je pense qu'il vous fait certainement moi je le connais pas
209 donc je peux pas mais je pense qu'il vous apprécie pour faire ,comment on peut dire mais, mais

210 **R** : Pour m'avoir choisi pour mourir ? (rire)

211 **L** : (rire)non, non, pas pour vous avoir choisi vous, pour mourir mais, mais

212 **R** : C'est un monsieur qui n'avait pas d'enfants, voilà c'est encore une situation différente, euh,
213 et, voilà, c'est tout, ça passe avec des patients ou sa passe pas, ou sa passe moins, etc, donc
214 effectivement, quand ça passe beaucoup avec des patients, ça devient quelque chose de
215 passionnant , d'intéressant, quand ça passe pas du tout ben, ben on part parce que, on ne peut
216 pas plaire à tout le monde non plus et puis quand ça passe moyen, ben , on essaye de s'arranger
217 quoi, c'est la différence qu'il y a entre la prise de temps en libéral et la prise de temps en
218 hôpitaux, à condition de prendre son temps, attention,

219 **L** : Pour vous du coup ,la relation entre ,enfin, entre votre profession libérale et un hôpital ou
220 une clinique ,vous pensez qu'elle est différente la relation avec le patient ?

221 **R** : Elle est pas différente parce que les gens sont pas au même stade, de ,on va dire de, quelque
 222 chose de grave ou de moins grave je veux dire ; mais les patients qui sont en hôpitaux ou en
 223 clinique en général ont un état beaucoup plus important au niveau médical ,que en libéral, quand
 224 ils sortent en libéral c'est que, il y a une instauration etc qui est en cours, il y a des moyens
 225 financiers ,qui a des aides, qui sont intervenus etc, donc ,c'est ,c'est pas du tout la même relation
 226 le libéral et le public, et le privé puisque j'ai fait les deux.

227 **L** : Est-ce que vous pensez ,donc, le fait d' avoir, ben, par exemple un patient que vous avez
 228 ,enfin, dont la situation ,vous nous avez exposé la situation ,est ce que vous pensez que le fait
 229 d'avoir été touché par ce patient ,est ce que ça aurait pu, enfin, est-ce que vous auriez pu ,ça
 230 vous auriez pu amener à faire plus de choses pour lui ,dans ce sens, je veux dire que, ben, si ça
 231 avait été un, un , enfin un patient avec qui vous aviez une relation, enfin, une relation soignant
 232 avec le patient mais assez proche ,est ce que vous pensez le fait d'avoir été affecté , que vous
 233 auriez pu faire, lui apporter plus de choses, enfin le prendre le ,ouais lui apporter quelque chose
 234 en plus, prendre plus de temps avec lui ou...

235 **R** : Alors d'où l'impact de mes formations et de mes sujets de formation , euh, c'est que ce
 236 monsieur-là, n'avait pas forcément de maladie ,il avait une vieillesse on va dire donc ce
 237 monsieur là ça m'est allé avec bon cholestérol ,un truc basique ,on va dire que beaucoup de gens
 238 âgés ont, euh... si ce patient-là avait eu un cancer et mais c'est là que , ça aurait eu un impact
 239 sur moi parce que , cancer égal pour moi mort donc c'est quelque chose d'important et c'est
 240 quelque chose où je me sens embarqué donc je ,je veux dire par là ce patient là j'ai ,j'ai pas eu
 241 de problème pour rentrer dans son système de vie ou de mort on va dire parce que, parce que il
 242 n'avait pas forcément un cancer , je peux pas dire qu'il faut pas soigner les cancers hein,
 243 attention, heureusement qu'il y a des gens qui les soignent, mais je me suis jamais ,je me suis,
 244 j'ai toujours essayé de partir au moment où il y avait un cancer qui aller se déclaré avec des
 245 soins longs ,difficiles etc, je me suis éclipsé, voilà ,parce que pour me protéger uniquement c'est
 246 tout.

247 **L** : Du coup , euh, dans votre vie de tous les jours donc en tant qu'infirmière ,comment vous
 248 arrivez à gérer vos émotions et pour ne pas être trop impacté justement ? qu'est-ce que vous
 249 mettez en place pour arriver à les gérer ses émotions ?

250 **R** : Maintenant ? c'est un gros sujet (rire)

251 **L** : Ben maintenant et quand vous étiez infirmière surtout

252 **R** : Ben, j'avais une autre vie , si on parle de la vie antérieure, parce que la vie actuelle, c'est pas
253 la peine d'en parler puisque j'ai effectivement quelqu'un qui a un cancer, j'ai mari qui est décédé
254 d' un cancer donc voilà je suis pas, je suis pas aidée de ce côté, mais, la relation avec mon mari
255 avant qu'il est un cancer c'était euh on, j'arrivé à la maison, je parlais jamais de travail, je parler,
256 c'est pour ça que j'avais besoin d'une relation extérieure avec mes collègues de boulot parce que
257 je n'avais ,je ne parlais jamais de travail ,nous sortions beaucoup donc mais nous sortions jamais
258 dans un contexte de travail, c'était en fait ,c'était mon évasion et je pense que c'était aussi mon
259 autoprotection parce qu'à l'époque il y avait pas ,à l'époque ,mon Dieu ça fait vieux ça, à
260 l'époque il n'y avait pas de soutien ,il y avait pas de formation sur les gestions de stress etc,
261 voilà et puis ça c'est des choses que j'aurais bien fait ,si j'avais eu le temps de, d'avoir une
262 formation, c'était l'hypnose, gestion de stress etc, parce que, je pense que j'aurais pu apporter
263 aussi beaucoup de chose ailleurs ,avec d'autres personnes, je sais pas mais bon ,j'aurais pu, mais
264 aucun regrets.

265 **L** : Et actuellement moi je suis en train de suivre, enfin, j'ai suivi une petite formation d'hypnose
266 du coup, j'ai fait 10h en formation, c'est quelque chose qui effectivement a changé même en
267 10h, ma vision des choses avec le patient et l'accompagnement que je peux lui proposer ,je
268 pense que c'est une formation à la sortie de mon diplôme que je vais demander de faire, je sais
269 qu'il y a des DU qui existent pour me spécialisé là-dedans , puisque moi je trouve que le hypnose
270 peut accompagner autre chose et surtout la douleur ,c'est un sujet, ben quand on rencontre tout
271 tout le temps dans notre métier et ben parfois ça peut vraiment aider le patient qui est très
272 douloureux et moi j'ai fait une expérience en stage aux urgences là au mois de novembre sur un
273 jeune homme justement où il avait eu déjà 5 ponctions lombaires dans la nuit, bon il y a eu,
274 y'a un problème, ils ont pas réussi à nous ponctionner, et là on lui proposé de faire une 6e
275 ponction et là il a, enfin, très souffrant et je les accompagné dans ce pendant ce moment-là
276 pendant que le médecin était derrière en train de faire ,ils y sont arrivés et à la fin il m'a remercié
277 parce qu'il a rien senti donc comme quoi enfin ça peut vraiment aider le patient et je pense que
278 c'est des petites choses que dans notre dans notre profession il faut mettre en place et je pense
279 que si la formation c'est essentiel bah pour voir les nouvelles pratiques ,la gestion des émotions
280 aussi il y a des formations qui existent pour ça et je pense que tant qu'on peut en faire bah il
281 faut le faire puisque ça peut nous aider pour nous en tant que soignant aussi hein, pour nous
282 protéger aussi hein parce que on met des humains et forcément des émotions on en ressent tout
283 le temps et il faut se protéger de ça aussi je pense que c'est essentiel pour pas que ça impacte

284 aussi votre vie extérieure même si même si Ben parfois ça l'impact aussi puisque quand on
285 rentre du travail et ben même si nous on communique pas forcément avec ,notre conjoint ce qui
286 s'est passé dans notre journée ,on a quand même,même si on dit qu'il faut pas y penser on a on
287 pense quand même à ce qui s'est passé dans notre journée et je pense que c'est tout à fait normal.

288 **R** : Oui, oui tout à fait, par contre les formations ne devraient pas être payantes, c'est quelque
289 chose qui me qui, m' horrifient et gestion du stress c'est quand même quelque chose qui
290 regardent aussi le soignant ,une gestion de stress je sais plus qui est au programme actuellement
291 parce que j'en suis sorti, l' hypnose etc, c'est c'est quand même des possibilités à donner à l'
292 infirmier, non pas en lui rajoutant une année de formation ,parce que tout le monde n'apprécie
293 pas forcément ce genre de formation mais c'est quelque chose qui devrait être gratuit pour moi.

294 **L** : Dernière question, en tant que soignant, pensez-vous qu'il faut exprimer ses émotions ou
295 ses affects ou bien les taire ?

296 **R** : Il est bon de les exprimer des fois, parce que ,finalement le patient est tout voué à vous donc
297 pourquoi pas établir aussi un échange en disant votre situation me touche ,je veux dire pour
298 moi, c'est, c'est quelque chose qui est spontané ,c'est pas quelque chose qui me dérangerait
299 d'entendre , euh, c'est pas pour ça que j'en profiterai perso, mais bon après voilà, c'est je ,je
300 pense que c'est important de savoir ,le patient a besoin de savoir aussi à quel moment ,il devient
301 on va pas dire ridicule mais enfin voilà mais ,à quel moment ,en fait pour moi, c'est, c'est, c'est
302 une discussion, c'est, c'est une pris en charge où l'autre en face, arrive à dire aussi, qu'il est aussi
303 dans une situation difficile et délicate ,je pense que c'est mieux que de taire , de cacher parce
304 que de toute façon ça se voit donc pour moi perso je préfère l'exprimer.

305 **L** : Merci du coup pour cet entretien et puis bah bientôt

306 **R** : Merci à toi Lisa et puis bon courage pour la suite.

Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°3 : Noémie

Lisa : Bonjour, donc je suis Lisa, je suis infirmière en 3e année et dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude je me permets de faire appel à vous afin de pouvoir échanger sur vos expériences professionnelles et vos pratiques donc le thème de mon mémoire c'est en quoi les émotions et les affects impactent-ils le soin voilà et à travers ce mémoire Ben je , j'analyse différentes choses donc le soin , la relation soignant soigné, les émotions, et l'affect, donc dans tout ce qui est, ben avec le patient. Est-ce que vous pouvez vous présenter en tant qu'infirmière ?

Noémie : Ouais, alors moi c'est Noémie, du coup je suis infirmière depuis juillet 2020 donc ça fera bientôt 2 ans, j'ai commencé à exercer dans un EHPAD ,pendant 9 mois, après je suis allé dans le service de SSR et EVC , donc les EVC, c'est des états végétatifs chroniques, des personnes qui sont comme le nom l'indique, dans un état végétatif donc dans lequel la communication est très restreinte et donc je suis retourné un petit peu en ehpad et là en ce moment je suis dans mon service de médecine post urgence dans un hôpital à R**.

L : Est-ce que vous pouvez me dire pour vous, enfin, quelle infirmière vous êtes au niveau de vos compétences ,de vos qualités ?

N : C'est difficile de se juger, je pense que j'ai beaucoup évolué déjà, entre le moment où je devenue infirmière et le au moment où , et à l'heure actuelle j'ai beaucoup travaillé ma patience, parce que c'est vrai les gens sont pas toujours faciles dans la ,dans le soin, donc t'apprends à être , à être patiente, à travailler sur toi , je pense être une infirmière plutôt détendue au niveau du travail, dans la relation , être proche de mes patients , après je suis loin d'être la meilleure infirmière je suis pas très technicienne, après je sais pas trop, c'est difficile de se décrire soi en tant que soignant.

L : Est-ce que vous pouvez me dire pour vous ,ce que représente un bon soin ?

N : Alors, ben , un bon soin pour moi ,c'est un soin qui se déroule dans les meilleures conditions, c'est à dire avec l'accord du patient, un soin qui se déroule sans problème ,c'est à dire une réussite, si c'est un acte technique ,une réussite de la technique , si c'est un soin plus relationnel , un soin qui va se terminer on va dire par une note positive , que le patient ait un effet positif à la conversation qu'on a pu avoir aussi ou quoi, euh, et aussi un bon soin, on peut, on n'a pas forcément l'impression d'avoir fait du bon travail mais souvent quand le patient nous remercie ou vous fait une marque de gratitude, c'est là qu'on se dit qu'on a fait quelque chose de bien quoi finalement.

31 L : Est-ce que vous avez une expérience de soin qui vous a pleinement satisfaite et pourquoi
32 du coup ça vous a pleinement satisfaite

33 N : un soin en particulier ?

34 L : Oui

35 N : Ben oui, ben après , oui oui, il y a des moments où tu te dis ce que j'ai fait c'est, enfin, c'est
36 bien t'est satisfait de toi, tu, ta vraiment l'impression d'avoir fait quelque chose de bien mais
37 après vraiment le décrire , faut que je décrive vraiment un moment, un moment

38 L : si ta un moment

39 N : Moi je dirais peut être , quand j'étais dans le service des EVC, des états végétatifs
40 chroniques, c'est pas forcément un service qui m'intéressait beaucoup, mais, c'est un service ou,
41 du coup vu que ça touche une population jeune ,on est, on a affaire donc à des jeunes et donc
42 leur famille , euh, c'est beaucoup de soins relationnels et enfin là, où on les habilles tout ça ,on
43 les prépare et pour moi je trouver que c'était important justement qu'ils soient bien présentés,
44 qui, pour leur famille et tout cas, donc tu as quand même une certaine satisfaction de, ouais ,
45 de les faire, de les faire beau, d'être, euh, je sais pas comment dire ,mais , d' essayer de faire
46 au maximum pour rendre un petit peu leur vie meilleure parce que finalement c'est des
47 personnes qui n'ont plus vraiment de vie quoi , ça ou je n'ai pas vraiment d'idée en tête là, je
48 sais pas.

49 L : Et au contraire est ce qu'il y a, il y a dans votre profession, est-ce qu'il y a une expérience
50 de soin qui vous a insatisfaite ,que vous auriez voulu faire autrement ?

51 N : Oui, plusieurs, quand on a des patients en refus de soin, pas forcément ,il y a des ,il y a le
52 patient dément qui refuse les soins c'était, c'est une chose mais la personne totalement cortiquée
53 si on peut dire, qui refuse un soin ou qui parfois est agressif, parce qu'elle n'est pas contente
54 d'être là, j'avoue que des fois j'ai du mal à à rester calme mais à lui dire écoutez-moi ce que je
55 fais ,c'est pour votre bien enfin je je suis là pour vous aider donc des fois je pense que dans mes
56 paroles ou dans mes gestes je peux paraître plus sèche et donc je suis pas satisfaite du travail
57 que je fais parce que du coup sa te met en échec le fait d'être contrarié quand la personne elle
58 te dit faut faire comme si comme ça alors que toi tu sais ce que c'est ton métier ,typiquement
59 une fois ,une prise de sang un patient m'a dit faut me piquer ici, moi je sentais pas la veine et
60 j'ai voulu piquer à coté, en fait il m'a tellement mis la pression ,j'ai raté alors quand la veine
61 elle y était donc, oui ça arrive très souvent d'avoir des expériences de soins frustrantes et

62 notamment quand la personne n'est pas coopérante , c'est surtout quand la relation avec le
63 patient est pas bonne c'est là où le soin on va être au moins, si on peut dire.

64 **L :** Alors du coup moi donc pour faire ce mémoire de fin d'étude, je suis parti d'une situation
65 d'appel donc qui s'est déroulé pendant mon stage de médecine lors de ma 2ème année ,en fait,
66 c'est une patiente qui a 70 ans qui est atteinte d'une sclérose en plaques et qui rentre pour
67 altération de l'état général donc cette sclérose en plaques elle a été diagnostiquée il y a 1an et
68 là donc on est en septembre et là, le ,au mois de juillet /août son état s'est dégradé en 2 mois et
69 c'est une patiente qui est consciente de son état , qui se rend compte que ben celui-ci change et
70 que ça ira de pire en pire et ce qui est ce qui est dur pour elle, c'est que déjà donc la maladie, a
71 atteint chez elle en premier lieu la parole, c'est à dire que elle va communiquer, donc elle a une
72 voix qui tremblote ,c'est compliqué de la comprendre et pour communiquer avec les soignants
73 elle utilise un petit carnet et en fait donc elle est dans une chambre seule et un jour donc ,lorsque
74 je vais apporter ses médicaments du midi ,je lui propose de lui mettre ses gouttes, en fait dans
75 les yeux et elle me dit que le flacon que j'ai dans les mains c'est pas les mêmes ,c'est pas le c'est
76 pas le bon et qu'il faut les voir dans la salle de bain, donc je vais voir dans la salle de bain et en
77 fait pendant que je suis dans la salle de bain en train de chercher les gouttes, l'infirmière rentre
78 ,elle vient m'aider à chercher et là on entend, elle est en train de s'étouffer donc elle fait une
79 fausse route bref on met tout en œuvre, on a réussi à la sauver et tout ,à la suite de cette fausse
80 route bah bien sûr elle se rend bien compte que c'est pire en pire et que au niveau de
81 l'alimentation voilà et elle fond en larmes parce qu'elle se rend compte de son état et elle sait
82 pas comment elle va devenir les, les jours prochains et c'est très compliqué pour elle et moi en
83 fait je suis resté là, ben abasourdi, j'ai pas, je savais pas, plus quoi lui dire, j'ai j'ai pas pu lui
84 parler, parce que je savais pas comment la rassurer voilà donc l'infirmière est venu à mon aide
85 et elle s'est installée à côté de la patiente et à essayer de parler avec elle, de la rassurer mais
86 c'est vrai que cette situation m'a marqué puisque ,ben moi je me suis dit dans ma tête ,bah ,c'est
87 sûr que ça doit être très compliqué pour elle de se rendre compte de son état mais moi je, là ,je
88 suis pas en capacité de , ben, de la rassurer parce que bah j'ai été bloqué ça m'a affecté et du
89 coup j'ai été bloqué ,bloqué sur ça voilà donc ma situation de départ elle parle de , elle pas de
90 ça et suite à cette cette situation ,ben justement, je me suis posé la question de comment ,ben,
91 comment les émotions et l'affect peuvent impacter le soin est-ce qu'il impacte, est-ce qu'il
92 impacte pas, voilà ,qu'est-ce que, qu'est-ce que ces émotions et ces affects vont nous apporter
93 nous en tant que soignants et voilà. Est-ce que , qu'est-ce que vous pensez de cette situation ?

94 est-ce que vous allez peut-être vécu une situation qui est similaire à celle-là, où vous avez été
 95 affecté, touché par un patient.

96 N: Euh, alors oui, plusieurs fois, euh, l'affect pour moi ,je pense oui, impact forcément dans le
 97 soin, euh, on reste quand même des êtres humains, donc on a des sentiments c'est normal, même
 98 si il faut essayer de donner le meilleur de soin possible à tout le monde, après dans ce genre de
 99 situation ,je sais que j'aurais pas forcément su quoi dire à la personne ,dans ces moments-là
 100 l'important ,je pense c'est d'être présent pour la personne en question sans forcément parler mais
 101 s'asseoir un instant avec elle, l'écouter ,si elle pleure, voir si elle a besoin d'un contact humain,
 102 se rapprocher, si elle a besoin donc je sais pas qu'on prenne la main, d'un petit geste, on est
 103 obligé je pense de toujours trouver une réponse ,de mettre des mots sur les maux justement,
 104 mais ouais, enfin ,j'ai souvent été confronté, justement au, à l'affect, enfin, à ce que ressentent
 105 les gens et à du coup ça impacte forcément sur ton soin, tu vas pas réagir de la même façon
 106 avec une personne qui ,qui te montre qu'elle est triste, qui est apeurer, qui avec une personne
 107 qui a entre guillemet rien à faire du soin , il est là, enfin, il s'est fait une raison, je sais pas
 108 comment expliquer mais ,je pense que tu es plus attentionné envers une personne qui montre
 109 qu'elle est dans un mal-être , que d'autres personnes.

110 L :Moi ,moi, je pense que dans le soin il y a, y a forcément des émotions hein, qui s'y joue
 111 ,qu'elles soient positives ou négatives, euh, pour vous qu'est-ce que les émotions vont
 112 représenter dans cette relation de soin avec le patient ?

113 N :C'est-à-dire qu'est-ce qu'elles représentent ? Euh ...

114 L :qu'est-ce que pour vous qu'est-ce que vous y mettez derrière , enfin, les émotions est ce que
 115 qu'est-ce que vous y mettez derrière les émotions ? qu'est-ce que pour vous c'est les émotions ?

116 N : Emotions du patient ou la mienne du coup ?

117 L : Euh, bah je, la vôtre

118 N :Je pense que c'est lié bah, à l'empathie, du coup, donc ça permet d'avoir plus d'empathie et
 119 peut-être, d'être plus doux dans ses soins, de beaucoup plus expliqué pour rassurer la personne
 120 , euh, ouais, c'est, je pense que le principal sentiment au cours du soin, ouais c'est vraiment
 121 l'empathie, je vois pas, je sais pas trop.

122 L :Donc du coup dans votre profession vous m'avez dit vous avez été affecté par des situations
 123 est ce que là vous pouvez me raconter une situation qui a engagé une émotion pour vous faites
 124 des émotions, est-ce que vous avez en tête une situation que vous pouvez me raconter

125 N : euh, attends, je réfléchis deux seconde, on en vit plein mais on en vit tellement que justement
126 que, faut que je trie, je pense que avec, ce qu'on vient de vivre au niveau du COVID, euh,
127 pendant, la période où j'étais en EHPAD, du coup, le fait que les visites sont restreintes, voir
128 interdites, euh, la personne en fin de vie, même si il s'agit d'une personne âgée, qui du coup la
129 suite normale on va dire de la vie, c'est la mort, euh, le fait de voir une personne, mourir, qui
130 est contaminé par le COVID, pour lequel la famille, elle ne peut pas venir parce que ,ben les
131 visites sont interdites ,je pense que je me suis beaucoup plus investi dans certaines ,dans certains
132 soins, qui, et inconsciemment j'ai laissé, délaisser d'autres patients, pour m'occuper beaucoup
133 plus d'un monsieur, dans ce cas-là, qui était en fin de vie, avec qui j'étais régulièrement contact,
134 avec qui j'avais pas forcément un super contact avant ce moment-là ,c'était un patient gentil
135 mais on passer pas énormément de moments, j'allais pas m'asseoir dans sa chambre pour
136 discuter, sauf quand faite, le jour où il a attrapé le COVID , s'il s'est vite dégradez tout ça et en
137 fait bah le fait de voir souffrir, de voir pas bien, de savoir que , qu'il pouvait même pas va avoir
138 sa fille auprès de lui, finalement je pense que je me suis beaucoup investi pour qu'il y ait une
139 présence, qui ressent qu'il est pas seul, euh, je l'ai ressenti aussi chez mes collègues aides-
140 soignantes, qui se sont vraiment bien investis , on est allés très régulièrement de sa chambre,
141 on lui a pris la main, on lui a dit qu'ont été là pour lui, on a tout fait pour qu'il souffre pas quoi,
142 donc oui c'est, c'est, où on se rend compte que l'affect, rentre en jeu ,c'est que on est dans
143 l'empathie et ben le pauvre monsieur il est sur la fin de sa vie, il a plus personne ,il a ,sa seule
144 famille à cet instant là c'est le personnel soignant donc forcément ben quitte a donné plus de
145 sentiments et à quelquefois enfreindre certaines distances, qu'on pourrait, qu'on doit
146 normalement, instauré entre le patient et soignant, ben dans ces moments-là , on fait un peu, on
147 fait un petit peu, on passe un petit peu au-dessus de ça pour , pour permettre au patient de
148 pouvoir partir dans de meilleur condition. Donc ce genre de situation pendant le COVID ça été
149 assez fréquent et surtout face à la mort, je trouve que, que je suis plus proche des gens et investi
150 quand la personne est sur la fin de la fin de sa vie .

151 L : Du coup vous avez parlé d'émotion et d'affects, est ce que vous arrivez à faire une différence
152 entre les 2 ?

153 N : Euh, alors l'émotion je dirais c'est, c'est vraiment plus, la joie ,la tristesse ,l'affect pour moi
154 ça se fait plus, ce qu'on ressent pour une personne dans le sens où moi j'ai des résidents, avec
155 lequel j'ai travaillé presque un an finalement, avec qui ,j'ai eu de très bons contacts ,avec qui on
156 a parlé de tout et n'importe quoi , il m'ont parler de leur famille ,moi de la mienne, pour certains

157 avec qui je suis encore en contact , euh, donc là je dirais, que j'ai plus de l'affect pour eux parce
158 que on a une relation qui, pour le coup, a peut-être, dépasser la relation soignant soigné, que
159 l'émotion c'est vraiment sur le coup, c'est vraiment à l'instant t pendant le soin, que l'affect je
160 pense c'est plutôt une relation sur le long terme, on affectionne quelqu'un ou pas.

161 **L :** Et, donc là vous avez exposé la situation de des patients enfin d'un patient COVID, en fin
162 de vie est ce que vous pensez que les émotions que vous avez ressenties et l'affect du coup, est-
163 ce que pour vous c'était positif en négatif ?

164 **N :** Euh, je pense que pour le patient ça a été positif , de sentir que l'équipe soignante, pas
165 seulement moi, parce que j'étais pas seule, était investie ,était présent pour lui, qu'on a fait un
166 maximum de choses, je pense que par contre de l'autre côté, pour l'équipe soignante, pour
167 certaines personnes ça peut être positif et pour d'autres négatif, parce que là le monsieur il va
168 partir donc ,donc lui il va partir dans un monde on va dire meilleur pour lui, mais nous on est
169 encore là, on va le voir partir, on va assister à ça donc et donc ça reste quand même ,ça nous
170 affectent forcément ,justement ,parce que ça déclenche chez nous une certaine émotion parce
171 que c'est quelque chose de triste donc moi je sais que j'ai appris les premières fois, oui c'est
172 difficile à vivre, je dis pas des fois, j'avais jamais les larmes aux yeux et malheureusement après
173 ,ben on s'est fait presque , on apprend à travailler avec et donc pour le patient ça été positif,
174 pour moi, les premières fois, c'est quelque chose de négatif, enfin, qui n'est pas forcément très
175 positif pour le soignant.

176 **L :** Est-ce que donc là, bon , il y a les conditions sanitaires , le COVID ,est ce que dans ces
177 ,dans, dans cette situation-là ,c'était le patient en fin de vie, mais est-ce que pour vous par
178 rapport à ces émotions que vous avez ressenties, est ce que vous pensez que vous auriez pu
179 bien faire autrement peut être dans votre prise en charge, et est-ce que peut être ça vous a
180 empêché de faire quelque chose ces émotions alors ça peut être, on en parlera après, avec le
181 recul parce que ,peut-être qu'avec le recul il y a quelque chose qui a changé mais est-ce que
182 vous pensez que oui justement ça a pu empêcher de faire quelque chose pour vous ces
183 émotions ?

184 **N:** Non au contraire, là, je pense que dans cette situation là ,ça m'a, j'ai été pleinement investi
185 ,j'ai été beaucoup en relation avec sa fille par moyen interposée parce qu'elle avait pas le droit
186 aux visites donc je pense que on a été plutôt bon sur la prise en charge et que même la famille
187 en a été satisfait, sur cette prise en charge là, je sais pas ce que j'aurais pu faire de plus,
188 finalement, parce qu'on s'avait que l'issue c'était la même dans tous les cas.

189 L : Et du coup, est-ce qu'avec le recul votre ressenti a changé, sur tout, aux émotions, tout ce
190 que vous avez pu engager dans cette relation avec le patient.

191 N : Non, je garde une certaine , quand même, une satisfaction de ce genre de prise en charge
192 ,de se dire qu'on a tout donné, qu'on a fait de notre mieux , après sa m'a pas spécialement.

193 L :Du coup-là ,tout à l'heure, vous avez dit que le fait que ce patient, ben ,il y ait eu ces
194 conditions sanitaires , cette fin de vie du coup ça vous a amené à faire plus de choses pour lui
195 ,en fait, vous avez fait plus de choses pour vous, pour lui ,et est-ce que du coup donc que ça
196 soit pour vous ou pour lui est ce que vous pensez qu'enfin ,surtout pour lui est ce que ça lui
197 apporté quelque chose en plus.

198 N : Je pense qu'il a senti une présence et que oui ça lui faisait du bien ,on le ressentait que
199 quand il était là ,quand on était présent dans la chambre, il cherchait à capter notre attention, à
200 nous tenir, à nous prendre par la main, on sentait qu'il avait besoin vraiment de notre présence
201 donc pour lui ça a vraiment eu un effet positif , ouais, on le sentait

202 L :Euh, dans la vie de tous les jours en tant que professionnel comment vous arrivez à gérer
203 justement ses émotions et cet affect ne peut pas être trop impacté ?

204 N : Ah, c'est pas facile des fois, euh, je pense qu'il faut arriver à ce dire ce qui se passe au boulot
205 doit rester au boulot et que quand on part, il faut arriver à oublier tout ce qu'on a vécu pendant
206 la journée donc c'est difficile, c'est sûr, moi, je sais que j'ai un petit peu de route entre mon
207 travail et mon domicile, donc c'est de la musique à fond pour essayer de penser à autre chose
208 et pour pas justement être impacté ta vie personnelle de tout ce que tu as pu voir au travail
209 après, quand on des moments difficiles , on a quand même une équipe autour de nous, il faut
210 vraiment pas hésiter à en parler pendant le temps de travail à l'instant où ça s'est passé, sans
211 forcément dire qu'on le vit mal, mais discuter dire Ah bah j'ai fait ci ,j'ai fait ça, est ce que
212 j'aurais pu faire mieux ,il existe des psychologues il y a tout un tas de personnel qui peut nous
213 aider justement à faire face aux situations qui pourrait nous perturbé il faut vraiment pas rester
214 avec quelque chose qui vous tracasse parce que sinon on ça pourrit la vie et que ça peut, ça peut
215 ça ,peut aussi entraîner une mauvaise prise en soin de d'autres personnes parce qu'on reste avec
216 un mauvais souvenir de d'une certaine chose, ou quelque chose sur le le cœur , qui est pas bon
217 quoi

218 L : Du coup, en tant que soignant pensez-vous qu'il faut exprimer ses émotions ,ses affects ou
219 alors les taire et pourquoi ?

220 N : Euh, je pense qu'on ne peut pas cacher ses émotions et ses affects, après il faut trouver si
221 ça, la bonne place entre le patient et le soignant, pour justement permettre, pas être pas, pas
222 montrer au patient qu'on proche de lui pour éviter justement qu'il y être trop une intrusion dans
223 , dans sa vie finalement donc et qu' après on peut créer vraiment trop de liens et ce qui peut
224 entraîner , comment dire, si on a une relation trop proche avec un patient le jour où on lui part
225 pour quelque'on que raison, il rentre chez lui ou décède, après nous on va en payer les pots
226 cassés puisque c'est nous qui sommes là , donc, je pense qu'il faut laisser parler un minimum
227 de ses émotions , si on a besoin de pleurer ben il faut faire, peut-être il pas forcément devant le
228 patient mais il faut pas se retenir de montrer ces émotions non plus parce qu'on reste des êtres
229 humains et au contraire je pense que les patients voir aussi que nous on ressent sa leur, ça les
230 aide, qu'on est pas des robots quoi.

231 L : Okay ,ben ,je vous remercie du coup pour cet entretien et je vous dis à bientôt

232 N : Avec plaisir.

Annexe V : Retranscription de l'entretien n°4 : Alix

1 **Lisa** :Alors du coup, je suis Lisa, étudiante infirmière et dans le cadre de mon mémoire de fin
2 d'études, je fais appel à vous ben du coup, pour faire un entretien, pour pouvoir m'aider à
3 analyser du coup ma théorie et du coup votre pratique pour savoir un peu vos expériences
4 professionnelles. Donc du coup, mon thème c'est, c'est en quoi les émotions et les affects
5 impacte-t-il le soin ? Voilà donc pourquoi ce thème-là ? C'est parce que ,c'est une analyse que
6 j'ai faite d'une situation qui s'est déroulée dans mon stage de deuxième année. Je vous
7 expliquerai plus tard du coup, cette situation pour pouvoir vous aider du coup à comprendre. Et
8 du coup, vous me parlez de votre vécu et de vos expériences professionnelles. Est-ce que je
9 peux vous demander de vous présenter en tant qu'infirmière du coup ?

10 **Alix** : Et bien moi je suis Alix, je suis infirmière en cardiologie depuis juillet 2021 et mon
11 premier poste a été en cardiologie.

12 **L** : D'accord, et après au niveau de vos stages, vous avez fait des stages ,dans quel service ?

13 **A** :Alors j'ai fait un peu de tout. J'ai fait de la psychiatrie. J'ai fait deux stages en cardiologie,
14 j'ai fait un stage en pneumologie, et un en une maison de retraite et deux en libéral.

15 **L** : D'accord, est ce que vous pouvez vous décrire ben en tant qu'infirmière avec vos qualités
16 et vos compétences ?

17 **A** : Alors, euh, ben là, comme je suis jeune diplômée ben du coup, ben, j'essaye de prendre
18 confiance en moi déjà. Parce que déjà la confiance, il faut l'acquérir au fil du temps, je pense
19 que je suis , euh, je suis patiente , euh, je suis assez à l'écoute. J'essaye d'expliquer au maximum
20 mes soins. Et est-ce que tu peux répéter la deuxième partie ?

21 **L** : Après tout ce qui est compétence, en fait, enfin, pour toi, ben qu'est-ce ? Quelle l'infirmière
22 tu représentes en fait ?

23 **A** :Pour moi, je suis une infirmière qui est présente, qui est à l' écoute, qui essaye de faire au
24 maximum pour les patients se sentent le mieux possible. Et j'essaye de trouver des solutions
25 pour qu'ils soient le mieux possible et les rassurer.

26 **L** :Et du coup, est ce que tu peux me dire pour toi ce qu'est un bon soin ?

27 **A** :Un bon soin, c'est un soin qui est fait , qui prend, alors, un soin qui, eux, c'est compliqué
28 comme question. C'est un soin ,qui, qui est dans les règles, les règles des bonnes pratiques et
29 des règles aussi, dans l'éthique aussi, l'éthique du bon soin, des bonnes valeurs.

30 **L** : D'accord

31 **A** : Et être aussi à l'écoute du patient et , cette, essayer de faire en sorte que le patient soit le
32 mieux possible avec le soin.

33 **L** : Ok, et est-ce que tu as une expérience de soins qui t'a totalement satisfaite ?

34 **A** :Euh, Oui. Ben Il n'y a pas longtemps, c'était une patiente qui habitait un peu loin. Elle avait
35 des plaies au niveau de ses jambes, et du coup, quand j'ai ouvert les pansements, du coup, c'était
36 le pansement, la plaie n'était plus adaptée au protocole, du coup, j'ai fait en sorte de voir, avec
37 un angiologue, un autre médecin du service pour qu'elle vienne le voir, qu'elle refasse les
38 pansements et qu'elle refasse un diagnostic, et du coup, enfaite, la patiente, elle était tellement
39 contente et j'étais contente de ce soin.

40 **L** :Parfait, et est-ce que au contraire tu as un soin qui t'a pas du tout satisfaite ? T' Aurait voulu
41 faire autre chose et tu n'as pas pu faire autre chose.

42 **A** :Ah ça oui. Ça arrive aussi que ça soit les deux sens, Ça arrive souvent. Un soin ou je n'étais
43 pas satisfaite dans la prise en charge. Ben c'est une patiente par exemple. Ça m'est arrivé il n'y
44 a pas longtemps, une patiente, je devais lui faire une transfusion, et le problème c'est que je
45 n'avais pas groupage, les RAI , et du coup j'ai appelé plusieurs fois le labo pour qu'il me donne
46 les groupages et RAI, et du coup, ben, ça a pris du temps, ça a pris du temps. C'est plutôt pas
47 mal pour l'organisation. Et du coup, cette patiente, à la fin de ma journée, je n'ai pas pu la
48 transfuser, donc en fait, elle est venue pour rien, elle a attendu dans le couloir. Du coup, c'est
49 ça qui m'a , je me suis dit que ce n'était pas vraiment un bon soin par rapport à l'organisation.

50 **L** :D'accord, ok . Est-ce que du coup, moi je vais t'expliquer ma situation d'appel donc que j'ai
51 vécu lors d'un stage en médecine ,donc c'est une patiente qui a 70 ans qui est atteinte d'une
52 sclérose en plaques. Diagnostiquée il y a un an. Donc je suis en stage au mois de septembre et
53 depuis juillet et août, son état s'est dégradé. C'est une patiente qui fait, enfin la maladie, a atteint
54 tout ce qui est ,au lieu d'atteindre les membres inférieurs, a atteint les membres supérieurs, donc
55 la parole. Donc pour elle, c'est très compliqué de communiquer. Elle communique avec un
56 cahier, elle a la voix qui tremblote enfin, c'est vraiment, la communication est très compliquée
57 avec cette patiente et depuis peu, elle fait des fausses routes, voilà avec que ça soit avec du
58 mixer ,avec des morceaux, elle fait des fausses routes. Et ce jour-là,donc,au moment de lui
59 apporter ses traitements, elle voulait lui mettre ses gouttes dans les yeux. Et elle m'a dit que ce
60 n'était pas le flacon que j'avais dans les mains. C'étaient plus ces gouttes là qu'il fallait aller
61 dans la salle de bain et au moment où j'y vais, ma collègue rentre et on l'entend et elle fait une
62 fausse route. Donc on sort, on met tout en œuvre, enfin, du coup, elle s'étouffe tout vraiment,

63 donc on va chercher ce qu'il faut, l'aspiration et au finalement elle s'en sort ,mais à la suite de
64 cette fausse route, elle est complètement apeurée ,elle se rend compte que son état ben, se
65 dégrade et en fait donc dans cette situation-là, moi je, quand elle m'a parlé à moi, je n'ai pas su
66 que lui répondre, j'étais devant elle et je n'ai pas pu agir, je suis restée vraiment bloquée, j'étais
67 vraiment désemparée par la situation et je ne savais pas comment faire, donc l'infirmière est
68 venue à mon secours et s'est assise à côté de la patiente et a essayé de la rassurer en lui
69 expliquant certaines choses. Mais cette patiente, elle attendait vraiment des réponses à ces
70 questions que nous, ben, on ne pouvait pas forcément lui donner puisque la sclérose en plaques,
71 c'est une maladie qui vraiment, enfin, on n'a pas beaucoup de recul quoi, même si maintenant
72 il commence à y en avoir , mais c'est quand même , du coup voilà , et ,cette situation s'est
73 renouvelée l'après-midi, euh, voilà. Quand on est, quand je suis rentrée dans la chambre, elle
74 était en pleurs et voilà

75 Vraiment, ça l'a touché de voir que son état se dégrade et qu'elle ne sait pas ce qui se, qui,
76 comment il va évoluer dans les prochains mois quoi . Et en fait donc je suis partie sur cette
77 situation parce que j'ai été très affectée par cette patiente et moi, dans ma tête, je me suis dit
78 c'est vrai que ça doit être compliqué pour elle qui est consciente de son état de se voir dégrader
79 comme ça et ne pas pouvoir agir. Du coup, c'est vraiment cette situation là pour laquelle je suis
80 partie, j'ai analysé ça et il en est sorti cette question des affects et des émotions à travers le soin.
81 Est-ce que donc, qu'est-ce que tu penses toi de cette situation et est-ce que tu as vécu peut-être
82 une situation similaire à celle-là dans tes stages ou dans ta dans ton début du cours de vie
83 professionnelle ?

84 **A** : Eh ben écoute ,moi ça me fait penser à une..., bon déjà comme situation, c'est vrai que des
85 fois, ben t'a pas forcément les mots. Et des fois c'est plus, ça va être plus au niveau médical et
86 ça va être plus au niveau du médecin d'affirmer et de donner les mots, vraiment les symptômes
87 qu'est-ce que ça va, le devenir, parce que le devenir en tant qu'infirmière, euh, c'est quand
88 même une grosse responsabilité, C'est une grosse responsabilité, c'est dur enfaite d'annoncer à
89 une personne que peut être, elle ne pourra plus jamais avaler correctement et ne plus déglutir,
90 et je trouve que c'est plus d'ordre médical et elle ,je pense qu'à ce moment-là, elle en fait , elle
91 a besoin que d'un mot médical après moi en situation, euh, ça m'est arrivé avec une dame qui
92 avait 90 ans, elle, elle a fait un AVC et du coup, elle ne pouvait plus déglutir aussi. Ça s'était
93 quand j'étais en stage en maison de..., Maison de retraite c'était en maison de retraite et elle
94 n'arriver plus à déglutir, elle pouvait plus se lever, paralysée du bras. Et en fait elle avait envie

95 de manger du saucisson, elle ne pouvait pas manger le saucisson, elle ne pouvait pas manger
96 le mixé, du coup, ça a été une prise en charge qui a été très compliquée et malheureusement, on
97 essaye de trouver des solutions , mais on peut, c'est vrai que c'est compliqué comme situation,
98 des fois, on aimerait faire plus, tu vois là regarde, ça fait trois ans. Et cette situation tu vois elle
99 me revient à l'esprit.

100 **L** :Oui ben oui non mais voilà, c'est voilà, C'est pour ça que j'ai pris cette situation, parce que,
101 voilà, pour essayer de comprendre certaines choses, même si peut être que, à la fin, je n'aurais
102 pas des, je n'aurais certainement pas de réponse à ça puisqu'il n'y a pas forcément de réponse ,
103 mais faire un cheminement sur ça du coup. Donc, du coup, est ce que toi, là, tu m'as parlé d'une
104 situation d'une patiente, est-ce que du coup, tu as une situation, enfin, un moment qui, enfin,
105 une situation, oui, qui t'a poussé à agir, c'est-à-dire qu'en fait, tu t'es dit ben là faut pas que je,
106 je passe à côté, il faut que je fasse quelque chose pour ce patient, est-ce que ça t'est déjà arrivé ?

107 **A**: Euh, ben , enfaite, ça nous arrive un peut tous les jours, quand par exemple, les, euh, par
108 rapport au patient, enfin, par rapport tous, par rapport à la prise en charge, par rapport à leur
109 repas, par rapport à leur médicaments, et que des fois, c'est pas forcément prescrit, ben toi tu
110 vas aller ailleurs, tu vas essayer de trouver une solution, tu vas regarder sur internet, tu vas voir
111 les médecins, tu vas voir, tu vas essayer de chercher d'autres spécialistes dans la clinique ou le
112 secteur où tu es et c'est vrai que oui, ça nous arrive souvent , moi ça m'est souvent arrivé des
113 moments où j'aurais voulu faire plus mais du coup on a pas les moyens, pas les moyens pour,
114 c'est , sa ce fait par manque de matériels, le manque de personnels, le manque de professionnels
115 de santé et c'est vrai que des fois la prise en charge des patients est, est frustrante.

116 **L** : D'accord, donc moi bah du coup, par rapport à cette situation, je pense que dans le soin il
117 y a toujours des émotions et des affaires, enfin il y a toujours quelque chose qui s'y joue ,est-ce
118 que du coup, qu'est-ce que pour toi ça va représenter les émotions dans le soin ?

119 **A** : Euh, les émotions c'est un peu ce qui te représente en tant que soignant et en tant que
120 personne en fait, parce que tu es soignant mais tu es avant tout aussi un être humain et que tu
121 as des émotions et que des fois, ben t'as des émotions qui qui se submergent, tu peux avoir aussi
122 tout ce qui est transfert aussi t'a le transfert d'émotions, euh, moi je l'ai vu y a pas longtemps,
123 bah il y a 2-3 jours j'ai eu un décès, le patient, il allait partir ,je le savais, j'étais en soins intensifs
124 mais en fait je, les émotions ,je me suis mise à pleurer, alors les médecins m'ont rassurés mais
125 non Alix, on a fait tout en sorte pour le patient, il était prévenu, la famille était prévenue, lui il
126 voulait mais c'est vrai que ce trop plein d'émotions fait que Ben c'est c'est beaucoup.

127 L : Ben oui du coup, après du coup, est ce que tu arrives à faire une différence entre les émotions
 128 et les affects ?

129 A : Euh, je dirais que les émotions ,c'est ce qu'on ressent, non pas vraiment ,ouais c'est vrai que
 130 ça se ressemble mais il y a une petite différence mais non je ne la connais pas la différence.

131 L : Ok, du coup donc est ce que tu peux me raconter une situation qui a engagé pour toi des
 132 émotions, bah là du coup tu m'en as donné une, par rapport au décès d'un patient mais est-ce
 133 que tu en as une autre à me raconter un peu plus en détail ?

134 A : Euh, rapport aux émotions....

135 L :Oui, qui engagé pour toi des émotions

136 A : Euh..., c'est compliqué hein, je t'en ai dit des situations (rires), euh, attend je réfléchis,

137 L : Après ça peut être une situation courte hein.

138 A : Euh, qui a fait des émotions....., mais tu vois je vais te dire je vais te reparler de cette
 139 patiente qui a été transfusé elle devait être transfusé elle a pas été transfusé le jour même donc
 140 elle était transfusée le lendemain le lendemain elle était transfusée tout allait bien elle devait
 141 partir et là la patiente voulait ramasser un mouchoir par terre elle est tombée elle s'est cassé le
 142 col du fémur ouais elle s'est cassé le le col du fémur du coup le l'hospitalisation bah du coup
 143 nous comme on est pas assez voilà je pense que il nous a on a manqué du moyen on a peut-être
 144 pas été assez réactif et cette patiente elle est décédée 5 jours après alors qu'elle aurait dû rentrer
 145 chez elle.

146 L : D'accord ok

147 A : Donc tu vois, je me dis, si tu vois des fois j'y repense pourtant il y a 2 semaines , 3 semaines
 148 et je me dis que si je l'avais transfusé et bah peut être qu'elle sera rentrée le lendemain chez elle
 149 et qu'elle serait pas tomber et tu vois ça tu te dis que des fois bah avec le, c'est toujours en fait
 150 ,ça revient au manque de, au manque de personnel, au manque des fois d'implication, le temps
 151 aussi il nous manque du temps et que des fois ben on pourrait prendre mieux en charge et du
 152 coup Ben ça donne une envie enfin une sentiment un peu de culpabilité de dire que on aurait
 153 pu faire plus on aurait pu faire mieux et c'est vrai que on garde on garde peut être ses émotions
 154 on y pense on y pense toujours en fait c'est au coin de notre tête mais on y pense.

155 L : oui du coup là-bas pour toi c'est plutôt des des émotions qui entre guillemets qui sont
 156 négatives puisque du coup ça fait du fait de cette situation ça a engendré quand même dommage
 157 enfin du coup un dommage pour la patience ,enfin du coup ce n'est pas c'était pas voilà elle est
 158 décédée donc forcément c'est c'est des émotions plutôt négatives quoi... , sur ça

159 **A** : Et après les émotions aussi qui peut être positive, je sais aussi hein, ces émotions positives
160 c'est des patients qui bah du coup ,moi je suis en intervention, en cardiologie interventionnelle
161 ,des patients Ben qui viennent pour pour un infarctus qui viennent en urgence ,ils se font
162 déboucher au niveau des artères coronaires et que là après, ben il rentre chez eux . Ben voilà
163 c'est beaucoup de c'est le, la satisfaction aussi de dire bah voilà on a été là ,on a été présent et
164 et on, les patients ils sont rentrés chez eux ils vont pouvoir reprendre leur activité c'est beaucoup
165 aussi de satisfaction parce que du coup Ben on fait quand même de l'éducation thérapeutique,
166 on, on les rassure , on les guide, donc c'est quand même il y a beaucoup d'émotions il y a du
167 négatif, qui ressort parce qu'on parle d'émotions, de situation, on pense souvent du négatif et
168 quand on pense au positif il y en a aussi hein parce qu'on on est là on est présent on apporte du
169 sourire de la joie de la bonne humeur .

170 **L** : Heureusement qu'il y en a sinon pourquoi on ferait ce métier aussi faut se poser la question
171 du coup.

172 **A** : Ben c'est clair.

173 **L** : si c'était tout le temps triste au bout d'un moment , heureusement qu'on a ces patients-là qui
174 sont, ben des fois qui nous remercient et c'est notre propre satisfaction quoi du coup.

175 **A** : C'est ça.

176 **L** : Du coup ,voilà, donc du coup est ce que tu penses que quand tu as été affecté ou t'as eu des
177 émotions fortes pour un patient est ce que tu penses que ça aurait pu t'amener où ça peut être
178 que ça t'a amené à faire plus de choses pour lui ?

179 **A** : Oui on est un peu plus présent, on dit ,on se on se dégage un petit peu plus de temps le
180 verrai plus un peu comme ça.

181 **L** : Oui non mais c'est, Voilà c'est juste ouais ce que quand on est affecté et des fois on a des
182 émotions Ben ça peut nous pousser plus , ben, vu qu'on est touché par un patient du coup des
183 fois on a prise en charge elle peut être un peu plus bas pour ce patient on peut plus importante
184 du coup on va plus s'impliquer avec ce patient dans certains pas

185 **A** : C'est soit tu t'impliques un peu plus ou soit t'as tous les mécanismes de défense qui arrivent
186 et que du coup bah t'a le mécanisme de fuite ,que tu ,tu te dis que t'aurais pu faire mieux et
187 que en fait, t'est, ouais , tu culpabilise, tu ,peux être que tu, y a , y a ouais je pense qu'il y a les
188 2, je pense que soit tu t'implique plus tu prends ,un peu plus de temps, un peu plus de temps à
189 rassurer ou des fois Ben sans le vouloir si t'as le mécanisme défense ,t' essaie d'éviter la chambre
190 t'essayes de moins aller dans la chambre.

191 L : Oui après, en général quand les mécanismes de défense se mettent en place et que du coup
 192 bah peut être personnellement on a déjà vécu quelque chose comme ça ou bah ça va nous
 193 renvoyer à quelque chose et du coup ça fait que ben on va se retrouver bloqué et pas pouvoir
 194 des fois certaines situations ça va renvoyer à certaines choses quoi du coup

195 A : Exactement, c'est pour ça qu'il y a l'équipe quand ça ne va pas, on en parle , on essaye d'en
 196 parler on se dit ouais bah là cette situation ,elle m'a ,elle m'a perturbé et on donne les éléments
 197 et voilà on dit bah est ce que ça ne te dérange pas plutôt d'aller dans la chambre, euh de faire
 198 les soins, on essaye de, ben , voilà, de, on se protégé enfaite, on se protège.

199 L : Ben du coup tu parles un peu de la question suivante que j'allais te poser du coup, c'était
 200 comment comment tu fais du coup tous les jours pour arriver assez à gérer ses émotions et ses
 201 affects qu'est-ce que tu mets en place pour arriver à les gérer ?

202 A : Alors déjà, euh, je me dis voilà, je suis infirmière, je mets ma blouse, je suis infirmière je
 203 suis plus vraiment Alix, je suis Alix infirmière et euh, qu'est-ce que je fais d'autre ? Ben
 204 j'essaie de, d'être neutre en fait, des fois voilà j'essaie d'être des fois un peu neutre, des fois je
 205 mets un peu de distance quand je vois que je suis un peu trop proche ou que ça me touche un
 206 petit peu trop bah du coup hop je mets un peu de distance, euh, quand je vois que ,ben du coup
 207 il y en a qui , euh, comment dire ils abusent un petit peu, ils sont un peu trop dans, dans beaucoup
 208 dans la demande ils le savent hein ils savent y jouer donc du coup hop je mets un petit peu de
 209 distance et puis voilà, je le fait selon le ressenti enfaite, c'est surtout au ressenti.

210 L : Et du coup, est-ce que tu penses toi qu'il faut exprimer ses émotions ou bien les taire ?

211 A : Je pense qu'il faut les exprimer, il faut les exprimer parce que, c'est important, sinon on les
 212 garde au fond de nous et après, ben , après ça va dépendre de certaine personne mais moi je sais
 213 que si je n'en parle pas après je cogite et du coup j'y repense et sa reste en boucle, donc je
 214 préfère en parler, je dis qu'une situation, j'en parle avec mes collègues, j'en parle aussi à ma
 215 famille, je dis bon voilà il y a cette situation qu'est-ce que toi tu en penses, je ne dis pas le nom
 216 du patient mais en bref j'essaie d'en parler, de dire bon ben voilà il s'est vécu, j'ai vécu telle
 217 situation, toi qu'est-ce que tu en penses, est-ce que tu aurais réagi comme ça, est-ce que j'ai
 218 bien réagit ? enfaite c'est beaucoup aussi de remise en question.

219 L : D'accord, ok. Et du coup en équipe est-ce que vous avez peut-être des réunions où justement
 220 vous pouvez aborder certaines situations qui ont été difficile pour vous ?

221 A : Alors, là l'établissement dans lequel où je suis non, je sais qu'il en existe, mon ancien lieu
 222 de travail y en avait, il y avait des psychologues qui faisaient des réunions , dans mon service

223 non mais peut-être que sa serait, sa serait bien qu'il y en est et sinon si on a vraiment une
224 situation qui nous, qui nous tourmente et ben on peut en parler à la cadre, on en parle à un
225 collègue, à notre équipe.
226 **L** : D'accord, bon ben du coup , je vous remercie pour cet entretien et ben merci beaucoup et à
227 bientôt.
228 **A** : A bientôt .

Annexe VI : Retranscription de l'entretien n°5 : Carole

1 **Lisa** : Alors, bonjour, du coup, je suis Lisa, étudiante infirmière en 3ème année et du coup je
2 me suis permise de faire appel à vous, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, donc qui
3 portent sur les émotions et les affects, donc pourquoi ce thème parce qu'en fait donc notre
4 mémoire, il parle d'une situation qu'on a vécue en stage et vous allez voir je vais vous la raconter
5 tout au long de de cet entretien, comment s'est passée cette situation et du coup ça m'a amené à
6 la suite de cette situation, j'ai analyser et cela m'a amener à une question de départ donc en
7 quoi les émotions et l'affect impact -il le soin ? voilà je vais vous laisser vous présenter du coup
8 en tant qu' infirmière.

9 **Carole** : Alors moi je m'appelle Carole, j'ai 65 ans ,je suis infirmière depuis 1977 et libéral
10 depuis ,ça fait 15 ans, j'ai fait beaucoup de centres hospitaliers, j'ai travaillé en réanimation
11 néonatale, en chirurgie thoracique, en pneumo , en soins de suite et de rééducation et en maison
12 de retraite médicalisée et puis je trouvais que c'était très bien de, de compléter ma vie
13 professionnelle sur du libéral qui permet de faire maintenant un tas de choses en fait on fait
14 quasiment tout ce qu'on peut trouver en service hospitalier sauf bien sûr les grandes urgences
15 la réanimation voilà.

16 **L** : D'accord, est-ce que pour vous pouvez me dire ce qu'est un bon soin ? qu'est-ce que
17 représente un bon soin pour vous ?

18 **C** : Ben un bon soin, c'est déjà l'approche du patient, c'est déjà de le mettre en confiance, lui
19 expliquer déjà au départ , avant de faire le soin de lui expliquer et se présenter et puis au fur et
20 à mesure pendant soin de lui expliquer un petit peu ce qu'on fait et puis bien sûr , ben, la
21 compétence de, du soignant et puis le fait que ça aboutisse à quelque chose de positif mais avant
22 tout c'est la discussion et c'est la mise en confiance de la personne

23 **L** : Est- ce que vous avez une expérience de soin qui vous a pleinement satisfaite ? À la fin de
24 ce soin, vous vous êtes senti vraiment satisfaite.

25 **C** : alors oui il y en a plusieurs mais entre autres ,par exemple, quelqu'un qui est très qui est très
26 très anxieux par rapport à à un soin ne serait-ce qu'on va dire ,par exemple, une prise de sang
27 ,c'est tout bête et il y a des gens qui sont très très paniqués, donc, bah il suffit de prendre son
28 temps de s'installer de discuter et puis de bah d' essayer de parler d'autre chose et puis au fur et
29 à mesure le, la confiance se fait et puis là bah, on peut faire le soin et on se rend compte que
30 ben la personne n'a pas, enfin, c'est même pas nous ,c'est la personne qui vous dit, ah ben,je

31 pensais pas que ça allait se passer aussi bien donc je pense que c'est au départ, le, la mise en
32 confiance qui est hyper importante.

33 L : Et est ce qu' au contraire vous avez une situation de soin du coup qui vous a pas du tout
34 satisfaite ?

35 C : Ben ça peut être la même chose là où la personne ben ne réussit pas à maîtriser ses émotions
36 ,sa peur et puis bah en l'occurrence si je peux vous donner un exemple, je devais faire une prise
37 de sang à un petit garçon que je connaissais bien ,je connaissais les parents ,je le voyais tous
38 les jours parce que on allait chez la grand-mère et puis la maman comme le les rapports étaient
39 très très sympas, m'a demandé, j'y suis allé en fait, j'ai pas pensé que ce serait trop trop difficile
40 et l'enfant, il y avait 3 ans ,s'est mis à pleurer, à hurler, puis j'ai dit non ,je peux pas faire le soin
41 c'est trop dur parce qu'en fait moi le rapport va être d'abord fossé quand il va me revoir après
42 bah donc j'ai préféré lui proposer d'aller au laboratoire.

43 L : D'accord, du coup donc moi la situation de soin donc pour laquelle je travaille sur mon
44 mémoire en fait c'est une patiente de 70 ans atteinte d'une sclérose en plaques, cette situation
45 s'est passé pendant mon stage de médecine et en fait cette patiente rentre en médecine pour
46 altération de l'état général, la sclérose en plaques a été diagnostiquée il y a 1 an et les derniers
47 mois elle ,faisait, enfaite, son état se dégradent et en fait lors ,donc j'étais de matin ce jour-là et
48 à ce moment-là elle a fait une fausse toute pendant que j'étais dans la chambre, donc, bon on
49 m'a tout mis en place et tout après, enfin, on a réussi à la sauver et à la suite de cette, cette
50 situation d'urgence ,elle s'est mise à, elle s'est effondrée puisqu'en fait ,elle se rend compte que
51 son état, elle se rend compte que son état se dégrade et que bah il peut rien faire quoi contre ça,
52 donc c'est très compliqué pour elle et et elle nous pose beaucoup de questions bah sur la maladie
53 au moins elle a pu attraper cette sclérose en plaque en l'occurrence, est vraiment, elle est très
54 inquiète par rapport à son état et bon la première fois donc l'infirmière la rassurer et après
55 l'après-midi on y repasser pour ,donc, vu qu'on faisait un tour l'après-midi pour voir si les
56 patients allait bien puis reprendre un peu les paramètres vitaux et là à ce moment-là j'y suis allé
57 seule dans la chambre et pareil elle s'est effondrée et là j'ai été, je suis restée, je, je savais pas
58 comment agir en fait, comment, ben aider cette patiente ,je me suis retrouvée complètement,
59 ben affecté ,voilà désespéré de la situation et ben j'arrive rien à lui dire ,j'étais complètement,
60 donc l'infirmière a bien vu que voilà, donc du coup ,elle est venue m'aider et celle qui a pris en
61 charge la patiente et qui a essayé de la rassurer, enfin d'être là pour elle moi, du coup c'est
62 tellement affecté ,par, par cette patiente que du coup bah voilà ,j'ai pas pu agir quoi donc, ben,

63 après, avec le recul, j'ai analyser un peu ma situation et voilà il y en ai ressorti ,bah cette question
64 des affects et des émotions voilà, est ce que vraiment , enfin, ça impacte le soin donc pour moi
65 je pense que oui que dans la, le soin il y a des affects et de l'émotion qui s'y joue et, et voilà,
66 qu'est-ce que vous pensez du coup de cette situation ? est-ce que peut être elle vous renvoie à
67 quelque chose que vous avez déjà vécu ?

68 C : oui on a toujours, enfin moi je pense que tout le monde s'est confronté, moi, moi aussi, à ce
69 genre de situation dans la mesure où ben y a des moments, on sait pas trop comment réagir
70 ,parce que justement je pense, que quand ça se passe comme ça ,c'est parce qu'on a trop
71 d'empathie ,on est trop près des gens et là, ben on peut pas se détacher de la personne ,parce
72 qu'en fait l'idéal si on veut que le soin soit, soit fait parfaitement c'est d'être, bah on est dans
73 l'affect, dans la ,dans l'émotion mais il faut pas être trop près parce que bah l'émotion comme
74 vous disiez, elle va passer au-dessus, au-dessus du soin et c'est vrai que ça peut impacter dans
75 ces cas-là parfois quand ça se passe comme ça, ben auprès de, où ça se passait comme ça par
76 exemple à l'hôpital quand on était trop près d'un patient ,on est, on sentait trop malheureux et
77 bien on délégué je pense que dans ces cas-là, il faut quand on a la possibilité bien sûr ,par
78 exemple à l'hôpital on délègue parce que on sait que le, l'émotion va être trop forte et on sera
79 pas capable de faire le soin au top de ce qui doit être fait quoi et je pense que c'est bien sûr que
80 ça ça, ça joue et puis bah bien sûr que les émotions sont différentes en fonction des patients
81 bah, comme quelqu'un ,qu'on, qu'on ,qu'on connaît, qu'on apprécie ,on va pas avoir les mêmes
82 rapports là ,ça c'est c'est vrai que c'est très parfois c'est très compliqué.

83 L : est-ce que vous avez une une situation à vous raconter là enfin que vous avez été dans cette
84 situation vous avez été beaucoup impacté ou ressenti de fortes émotions ?

85 C : Ouais,je pense qu'il y a eu pas mal ,pas mal de de situations où je pourrais pas vous dire
86 comme ça précisément, parce qu'il y en a eu plusieurs, ou quand, quand ,je sentais que l'émotion
87 était au-dessus, ben, je faisais appel à une collègue en disant là ça va pas, mon soin ne va être
88 parfait, parce que, enfin parfait ,pas forcément parfait, mais ne va pas être au top de ce que je
89 voudrais parce que, ben au risque même de pleurer ,parce que bien sûr que ça nous arrive de
90 pleurer même si en fait ce sont des patients qu'on connaît pas forcément bien ,mais il y a cette,
91 ce sentiment qui fait que bah ,parfois on est trop près des gens et il faut savoir se, se détacher
92 ,c'est ce qui est le ,le plus dur dans le, dans le rapport avec le, entre soignants les soignés.

93 L : Et comment du coup vous arrivez à à avoir ce détachement, enfin, cette distance ?

94 C : Et bien, on en parle beaucoup entre nous quand parfois on a des émotions qui sont trop
 95 fortes, moi on parle beaucoup chez moi et justement l'aide des gens parce que ,les gens ont
 96 forcément des explications différentes ou vont nous donner d'autres explications et le fait de
 97 partager toutes ces toutes ces explications, toutes ces émotions vont faire que bah on va peut-
 98 être trouver quelque chose de, d'intéressant qui va faire que notre soin la fois prochaine sera
 99 différente.

100 L : D'accord, est ce que vous pensez que le fait d'être affecté par un patient et avoir bon ressenti
 101 des émotions , on en ressent tout le temps donc mais est-ce que vous pensez que ça pourrait
 102 vous pousser à faire plus pour ce patient ?

103 C : parfois oui et c'est peut-être pas forcément bien, ça je m'en rends compte parce que ben ,
 104 faut pas forcément trop dépasser la limite ,parce que, après il peut y avoir aussi une demande
 105 importante du patient et moi je crois qu'il faut rester vraiment dans son soin avec bien sûr une
 106 émotion parfois proche, plus proche pour certains que d'autres mais il faut savoir se détacher et
 107 ça c'est pas facile, c'est pas facile parce qu'il y a des gens avec qui on, ça passe tellement bien
 108 que ben on va même aller trop loin dans la proximité dans ,c'est là où c'est dur et c'est là où il
 109 faut prendre un peu de recul.

110 L : Et comment, enfin, comment vous pensez que du coup on peut arriver à prendre ce ce
 111 recul ?

112 C : Il faut avoir en tête, en tête qu'on est soignants et qui a le soigné et que bah, il faut pouvoir
 113 détacher, il faut pouvoir se détacher de tout ça mais j'avoue que moi ,c'est parfois, c'est difficile
 114 c'est pour ça que justement quand on a des périodes de repos, enfin ,moi quand j'ai des périodes
 115 de repos bah ,je me remets un petit peu en question et je me dis bon ça c'est ,j'ai fait ça, mais
 116 bon la prochaine fois, il faudra essayer de d'être différente parce que bah les patient s'attache à
 117 ça et...

118 L : Vous qui avez fait du coup donc avant de l'hôpital c'est ça et maintenant du libéral est ce
 119 que vous pensez que la relation avec le soigné est différente, entre l'hôpital et le libéral ?

120 C : Ah oui, complètement, en fait moi j'ai ,j'ai quitté l'hôpital parce que bah ça devenait, tout ce
 121 qui était administratif me prenez la tête ,tout ce qui était protocole à mettre en place et donc
 122 c'était du temps qu'on avait plus pour être au près du patient et dans le libéral ce qui est bien,
 123 c'est que bah, on peut avoir beaucoup de travail et ben on fera peut-être pas forcément 8h00 ,on
 124 va peut-être faire 10h mais justement il y a du temps qu'on pourra passer en plus avec les ,avec
 125 les patients et ça je trouve que dans dans le libéral, on a le côté humain, qui est enfin plus

126 présent, on a plus le temps, enfin plus le temps, on se donne plus le temps et je pense que c'est
 127 très, très important et puis ce qui est important aussi c'est que les gens sont chez eux et donc ça
 128 ,c'est ça, ça n'a pas de prix.

129 **L** :Oui du coup vous parler bah c'est leur intimité du coup chez eux

130 **C** : Oui bien-sûr donc ,vous faites quasiment partie de, enfin, nous c'est rural donc, c'est encore
 131 différent de la ville parce que nous ,on, on a les soins techniques mais aussi on accepte aussi
 132 ,on fait du nursing aussi et vraiment on est dans leur, dans leur intimité, et on fait vraiment
 133 partie de leur vie franchement, c'est vous, avez un bonheur à faire, à faire ça, même si parfois
 134 on a des journées qui sont très, très lourdes mais c'est du ,c'est du bonheur, parce que ils vous
 135 le rendent tellement bien, ils savent même pas quoi faire pour vous, alors qu' l'hôpital bah, vous
 136 n'avez même pas le temps de, de tout faire, puis en plus après, il y a toute enfin, toute
 137 l'informatique et tout ça donc, on a aussi nous en libéral mais et non non le fait d'être en libéral,
 138 on est vraiment enfin, moi je ressens, je me ressens plus proche ,le plus proche du patient.

139 **L** : Et, du coup est ce que donc comment dans la vie de tous les jours vous arrivez à gérer ses
 140 émotions et ces affects ?

141 **C** : Parfois c'est difficile ,quand on a des patients qui ont des pathologies lourdes, décèdent, on
 142 en parle, on en parle entre nous et ça nous permet de supporter puis après de bin c'est tout après
 143 ,on, on continue mais surtout en parler ,en parler, en parler et puis parfois on continue à voir les
 144 familles donc ça nous aide aussi. (le téléphone sonne, la personne laisse un message).

145 **L** : Et, Est ce que vous pensez qu'en tant qu'infirmière c'est, il faut exprimer ses émotions ou
 146 les taire ?

147 **C** : Ah non, faut les exprimer, les taire, c'est trop dur ,à un moment donné vous allez craquer
 148 ,surtout si vous gardez des émotions pendant des années, c'est ,c'est, c'est pas possible ,c'est non
 149 ,on a besoin de les exprimer alors avec des collègues, avec des d'autres professionnels de santé ,
 150 avec la pharmacienne avec le médecin parce qu'on de super rapport entre nous et il faut, il faut
 151 vraiment parler ,parce que à un moment donné bah, ça peut ,ça peut plus durer, justement
 152 comme je disais tout à l'heure, le fait d'en parler c'est, c'est ,de pouvoir partager et puis c'est se
 153 comprendre et puis comprendre un petit, peut-être qu'il y a ces émotions un peu trop fortes
 154 parce que on a peut-être pas été comme il fallait , il y a peut-être des choses qu'il aurait fallu
 155 modifier donc c'est très très important , non, il faut en parler.

156 **L** : Du coup, je vous remercie pour cet entretien et puis je vous dis bah à bientôt.

157 **C** : J'espère que ça se passera bien mais envoyez, c'est quand le diplôme ?

158 **L** : Là, le diplôme et le ben en juillet là.

159 **C** : Ah Ouais bah, vous m'envoyer un petit message ,vous avez mes coordonnées pour me dire

160 comment ça s'est passé.

Annexe VII : Grille d'analyse des entretiens

ENTRETIEN 1 : Charlène	
Thème	
Présentation de mon interlocuteur Pouvez-vous vous présenter en tant qu'infirmière/étudiante infirmière ? (prénom, âge, diplôme, service travailler, qualités , défauts) Quelle infirmière êtes-vous ?	Charlène, 30 ans, étudiante infirmière en 3^{ème} année, ancienne aide-soignante. Elle a travaillé en maison de retraite et un peu en intérim. En tant qu'étudiante infirmière, elle a effectué des stages en maison de retraite, en médecine, en oncologie et en milieu libéral. Elle aimerait travailler en oncologie. Elle aimerait avoir un bon relationnel, être à l'écoute des patients, essayer de répondre au mieux à leurs besoins au niveau techniques et affectif, elle aimerait être une infirmière qui techniquement a du bagage.
Soin Est-ce que vous pouvez me dire ce que pour vous représente un bon soin ?	L.34 : « un bon soin, déjà, au niveau technique, on va dire que, euh, faut respecter tout ce qui est règles d'hygiène » L.35 : « éviter, euh..., tout danger pour le patient, éviter de lui apporter autre chose que ce qu'il a déjà » L.36 : « c'est l'écouter,euh...,voir comment il va, s'il se sent triste » L.37 à 39 : « s'il se sent bien, s'il a mal, si euh voilà, je pense que, la majorité des patients sont à même à dire si ça va , si ça va pas, et qu'est ce qui va pas, donc c'est à moi aussi de le capter. »

Avez-vous une expérience de soin qui vous a pleinement satisfait ? Et pourquoi cela vous a-t-il satisfait ?	L.44 : « j'ai pas de soin en particulier, je sais juste que quand je travailler en maison de retraite » L.45: « j'étais une des seules personnes de l'équipe, à vouloir faire » L.46 à 47: « Faire tout ce qui est accompagnement fin de vie et même jusqu'à la toilette mortuaire, c'est-à-dire accompagner le patient jusqu'à la fin. L.52: « , j'avais l'impression de faire mon travail » L.52 : « jusqu'au bout, correctement » L.53 : « de ne pas laisser la personne » L.54 : « à essayer de l'accompagner, comme je pouvez, à essayer de le soulager aussi parfois »
Avez-vous au contraire une expérience de soins qui n'était pas satisfaisante pour vous ? Et pourquoi ?	L.58 : « plein de fois, c'est surtout au niveau des toilettes. » L.60: « : au niveau des soins de nursing où j'avais pas assez de temps » L.60 à 62: « soit je n'avais pas assez de temps de faire mon soin correctement, soit j'avais pas assez le temps de discuter avec la personne après » L.62: « c'est quand même important, que ça fait partie du soin » L.63 : « c'était assez frustrant quoi » L.64 à 65: « j'avais pas le temps de faire tout, c'est-à-dire, mon soin de nursing et en plus de ça, ben les écouter »

Ce manque de temps, est-ce que vous pensez que sa peut être lié à l'établissement, l'institution, ou à l'organisation du travail tout simplement. Délaissé la technique et plutôt faire du relationnel.	L.68 : « , fallait vite passer à quelqu'un d'autre, pour pas l'oublier » L.69 à 70 : « il fallait aller vite, pour pas que d'autres personnes soient délaissées, et en même temps, fallait délaissé cette personne-là, pour, pouvoir faire tout le monde. » L.74-75 : « de toute façon plus on a de patients, moins on a de temps et moins on a de personnels, moins on a de temps » L.76 à 79 : « c'est à toi, de voir si tu veux prendre le temps ou pas, euh, certes, il y a une question d'horaires mais, est ce que toi finalement, tu veux pas la dépasser un peu, ces horaires-là, pour justement faire ton soin jusqu'au bout, c'est-à-dire parler un peu avec la personne. » L.85 à 88: « surtout dans les lieux de vie, je pense que c'est plus important, après , je comprends qu'il y est des services où l'hygiène, etc..., ce soit très important, euh, après sa vient aussi avec l'expérience, c'est-à-dire, qu'avec l'expérience on prend moins de temps dans la technique, parce qu'on est mieux organisé, du coup on a plus de temps pour le relationnel. » L.93 à 94 : « plus t'est à l'aise,plus tu fais les choses vite, tu réfléchis moins, donc tu le fais un peu
---	--

	automatiquement et du coup en plus, ça te permet de mettre le relationnel en plus de ça. » L.95 à 98 : « quand tu te concentre pour un soin, quoi que ce soit, tu as l'habitude de le faire, tu peux parler par exemple à la personne en même temps, tu peux selon le soin que tu fais, du coup, forcément plus tu as de l'expérience et je pense plus la gestion du temps et du relationnel, du coup, fonctionne. »
Qu'est-ce que vous avez pensé de ma situation d'appel ?	L.142 : « ça arrive souvent » L.142: « j'ai compris ta situation » L. 143 : « dans n'importe quel service ou lieu de vie où on n'est » L.143 à 144 : « il n'y a pas que la sclérose en plaques où on ne sait pas répondre à toutes les questions » L.144 à 145 : « on ne peut pas lire dans l'avenir » L. 131 : « c'est toujours délicat ces situations-là » L. 146 à 148 : « en maison de retraite, j'en ai beaucoup croisé qui me dise, qui demande comment ils vont mourir, est-ce qu'ils vont mourir ici ? » L. 148 à 149 : « qu'on a de plus en plus de personnes qui avaient des scléroses en plaques aussi, euh, les personnes qui faisaient un AVC » L. 150 à 151 : « toujours compliqué en tant que soignant » L. 151 à 152 : « qu'on sait qu'au fond, c'est des maladies effectivement qui se guériront pas » L. 153 : « on n' a pas envie non plus de lui dire, euh, oui vous allez en mourir, » L. 154 : « c'est hyper compliqué »

	L. 154 : « surtout quand on s'attache à une personne en plus » L. 154 à 156 : « je pense que plus on s'attache à une personne, plus il y a un relationnel et plus s'est compliqué, plus ces choses-là sont compliquées à aborder » L. 156 à 157 : « je pense que à la place du patient, par contre, il compte plus sur toi » L. 157 à 158 : « ils ont toujours une accroche avec un soignant, ils ont toujours un soignant avec lequel ils se confient » L.159 : « ils attendent des réponses de cette personne-là » L.159 à 160 : « plus ton, ta, de relationnel avec lui et plus il attend des réponses sincères » L. 160 à 161 : « ils attendent que tu leur répondes vraiment ce que tu penses, » L.161 à 162 : « tu as pas les compétences nécessaires pour dire, parfois ce qui va arriver » L.162 à 163 : « au niveau des diagnostics, c'est pas à toi de le faire » L.163 à 164 : « il faut se positionner entre tout ça et des fois c'est compliqué »
Emotions et affects Pour vous qu'est-ce que représente les émotions dans la relation avec le patient ?	L.170 à 171 : « pour moi les émotions, je suis d'accord avec toi, ça fait partie, enfin, quand tu fais un soin ou que tu as une relation avec un patient, il y a forcément de l'affect et des émotions » L.172 : « parfois les émotions, elles sont trop fortes pour toi »

	L. 173 : « c'est un peu un miroir pour toi, c'est-à-dire que tu te mets un peu à la place du patient » L.173 à 174 : « et tu te dis qu'effectivement, toi à sa place, tu réagirais comme ça » L.174 à 175 : « ça t'affecte plus ou moins » L.176 à 177 : « je pense, que les émotions, que ce soit, enfin, entre le patient et le soignant, il faut que, il faut les laisser venir » L.177 à 178 : « tu n'as pas de barrière à te mettre en fait » L. 178 : « il faut le partager avec le patient » L. 178 à 179 : « il ne faut pas les garder pour soi » L. 179 à 180 : « si tu partages pas tes émotions avec le patient, euh, déjà il va interpréter tes émotions qui ne sont pas , qui est pas forcément une bonne interprétation » L. 181 : « ça peut donner des, comment dire, des fausses interprétations » L.182 : « je pense qu'il faut en parler » L.182- 183 : « toi tu peux lui dire ce que tu ressens, sans non plus, en faire un truc théâtral » L.183 à 184 : « en parler avec elle, et lui, que si tu ne sais pas , ben tu sais pas » L.184 : « si ça t'attriste ben ça attriste » L. 184 à 185 : « si tu as de l'empathie avec elle, tu le comprends, ben il faut lui dire. » L.185 : « après, il y a des limites à pas franchir » L. 186 à 187 : « faut pas non plus, la prendre dans les bras et lui dire « oh mon dieu, je suis désolé , tu vas mourir » L.187 à 188 : « Les émotions s'est , on peut pas passer à travers, c'est impossible »
--	--

Avez-vous déjà rencontré dans le cadre de votre profession des émotions et vous est-il arriver d'être affecté par un patient ? Pouvez-vous me raconter une situation qui a engagé des émotions et de l'affect ? mais avant cela faite-vous une différence entre les deux ?	L.188 à 189 : « quand tu as une relation avec quelqu'un même autre qu'un patient, euh, les affects et les émotions , elles sont dedans » L.189 à 190 : « il faut faire avec, avec celles du patient, celles du soignant » L.190 à 192 : « c'est toi, forcément en tant que soignant qui n'est pas malade et qui peut gérer un minimum tes émotions, à cadrer le, la relation, à cadrer le truc, à essayer de la rassurer » L.192 à 193 : « si toi tu en a des émotions, euh, faut les accepter, puis faut les prendre comme elles viennent » L.193 à 196 : « je pense que ça sert à rien de le cacher au patient, parce que déjà il n'est pas bête , il le voit, si t'est mal à l'aise, il le voit, si t'est triste, il le voit, donc, euh, je pense que s'il y a une bonne relation qui se fait entre toi et le patient, faut , en parler, et, voilà. » L.199 à 229 : « il y en a une qui m'a particulièrement affecté c'était dame, euh, qui avait quatre- vingt ans à peu près, ça faisait une dizaine d'années, qu'elle était dans la maison de retraite donc tout le monde la connaissait très bien et c'est une dame en fait qui était très obèse et qui a fini par rester dans un lit alité parce que on n'avait plus le matériel pour s'occuper d'elle ,pour la lever etc..., donc elle a fini avec beaucoup d'escarres et son état se dégrader et très très vite et , en fait elle, elle sentait que son état se dégradé et que ça allait pas ,ça allait pas forcément s'arranger et du coup j'ai passé une fois, j'ai passé deux, trois heures, dans sa
--	---

	chambre, où elle me demander ,si elle pouvait mourir, si qu'elle en pouvais plus , qu'elle voulait plus rester dans cette situation-là etc..., qu'il fallait que je fasse quelque chose que, ensuite, ensuite, elle s'est encore plus dégradée donc le médecin est passé ,il voulait l'envoyer à l'hôpital et c'était une dame qui avait la phobie de l'hôpital, elle voulait surtout pas y aller et donc elle me supplier de pas l'amener à l'hôpital parce qu'elle savait qu'elle allait mourir là-bas, si elle y aller, et du coup c'était compliqué à gérer ,parce que c'est une dame effectivement que je connaissais très bien parce que ça faisait des années que j'étais là, et que je la connaissais et qu' effectivement elle était phobique de l'hôpital ça, ça a toujours été même pour un examen ,c'était une galère fallait la rassurer pendant des heures et des heures en disant vous allez revenir c'est juste un examen etc., et là effectivement moi je savais en tant que soignante, que effectivement il y avait des chances qu'elle ne revienne pas et je savais que en plus elle voulait mourir dans sa chambre tranquillement et voilà elle m'a supplié pendant des heures et des heures de pas la laisser partir sauf que moi bah j'étais aide- soignante ,j'avais aucun pouvoir là-dessus, de pouvoir dire non vous la laisser dans sa chambre vous faites si, vous fait ça ,enfin moi je suis pas médecin et et ça était super compliqué ,finalement , elle est partie à l'hôpital, elle est morte dans l'ambulance, donc euh, voilà, les peu de force de pour parler, enfin pour me parler et dire ce qu'elle pensait, c'est que, et moi je pouvais rien faire quoi , je pouvais juste
--	---

Qu'est-ce que vous pensez de ces émotions que vous avez ressenties ? est-ce que pour vous cela est positif ou négatif et pourquoi ?	l'écouter , la rassurer un maximum mais c'est vrai que du coup j'étais un peu, je pouvais pas lui dire, oui effectivement ,il y a, il y a beaucoup de chances que vous partiez à l'hôpital et que vous mouriez là-bas , je ne pouvez pas dire ça, du coup , ces des situations qui sont compliquées , en plus ça m'attristé, parce que c'était une personne que je connaissais depuis un moment et je sentais qu'elle était en train de partir , donc j'avais plein d'émotions qui passer en même ,j'essayer de la rassurer en même temps et j'essayer de pas lui montrer mon inquiétude non plus, pour pas qu'elle en ait plus ,enfin il y a plein de d'émotions et d'affects qui se mélangeaient, c'était un peu compliqué. » L234 à 242 : « elle était négative dans le sens où, où j'avais l'impression de ne pas arriver à la calmer et euh, et à la rassuré sur le fait, qu'elle parte à l'hôpital, et qu'elle allait pas mourir etc..., euh, en plus c'était un peu le bazar dans sa chambre, il y avait beaucoup de soignants, beaucoup de bruits, de, donc c'était compliqué à gérer, et, euh, et en même temps, enfin, le truc positif, c'est que ben, euh, avec cette situation-là, j'ai pris du recul, j'ai essayé de voir ce que j'aurais dû faire, pas faire, enfin, j'ai essayé de prendre de la hauteur pour voir si la prochaine fois, si , une situation comme ça, euh, je la rencontrais encore une fois, j'aurais fait d'autre chose différemment, et du ben voilà ça
--	--

Est- ce que vous auriez pu faire autrement ? Est- ce que cela vous a empêcher de faire quelque chose ?	permet de, te remettre en question, sur, euh, sur toi, et sur tes émotions aussi quoi. » L.245 à 248 : « il y avait beaucoup de monde, j’aurais pu en tant qu’aide-soignante , leur dire écoutez ,les décisions, les choses comme ça, est-ce que vous pouvez les prendre à l'extérieur de la chambre, histoire que je reste un peu au calme avec elle. » L. 248 à 251 : « j'aurais fait plein de trucs en amont, pour pas que cette situation-là arrive en fait, c'est à dire que je sais pas ,là comme ,ça je sais pas trop ,mais je sais pas trouver du matériel pour elle pour qu'elle puisse se lever ,pour pas qu'elle est ses escarres » L. 251 à 257 : « préparer ce qui pouvait éventuellement se passer ,c'est à dire tout ce qui est on la laisse dans sa chambre ou on envoie à l'hôpital, qu'est-ce qu'on fait , est ce qu'on la laisse comme ça et du coup on aurait eu ,si par exemple il y avait je sais pas moi en fin de vie qui aurait été posées, par exemple, on aurait pu faire ça calmement , on aurait pu, elle ça l’aurait beaucoup angoissé, on l’ aurait pas amené à l'hôpital ,on l’aurait laissé partir comme ça et puis elle aurait était plus tranquille voilà, après ,après j'aurais peut-être été moi moins affecté par la situation » L.257 à 259 : « si elle était partie et si elle était morte ,j'aurais pu l'accompagner jusqu'à la fin tranquillement sans que moi je sois vraiment , parce que, j’aurais été triste mais j'aurais été moins
--	---

Est-ce qu'avec le recul votre ressenti à changer ?	inquiète pour elle du coup , ça aurait été moins stressant . » L.273 : « je dirais pas que je me sens moins affecté » L.274 à 278 : « c'est que je l'ai vécu une fois ,je sais, enfin je sais, on sait jamais trop à cent pourcent mais il y a des choses que je ferais différemment, maintenant, je suis plus attentive sur certaines choses et du coup, euh, j'espère que avec ça, avec cette situation et cette expérience-là, euh, je vais pouvoir proposer des choses pour que justement ça ,ça se reproduise pas quoi »
Est- ce que le fait d'avoir été affecté par ce patient, vous a amener à faire davantage de choses pour lui ? Est- ce que vous pensez que cela lui à apporter quelque chose ?	L.284 : « oui c'est sûr, j'ai fait plus de choses pour elle » L.284 à 285 : « je pense que ça lui a apporté parce qu'elle aurait été toute seule ça aurait été pire » L.285 à 287 : « même si j'étais impuissante et que je pouvais pas changer la situation en elle-même ,elle était pas seule ,elle était avec moi, elle me connaissait » L.287 à 289 : « on s'est toujours bien entendu toutes les deux, donc je pense que j'étais une des personnes qui , euh, qu'elle voulait voir donc je pense que, oui, je pense que je l'ai aidé quand même. »
Dans votre vie de tous les jours, comment arriver vous à gérer ses émotions/ affects et comment faite-vous pour ne pas être trop impacter ?	L.292 : « on en parle en équipe,beaucoup,on debrief »

	L.292 à 294 : « la majorité des collègues ils sont bienveillants, donc ils essayent rassurer ,de vous dire que vous avez bien fait les choses » L.294 à 295 : « on parle aux proches aussi quand on rentre, des fois ça peut soulager aussi » L.295 à 296 : « je prends les choses seules aussi des fois, je m’auto critique » L. 296 : « je me parle à moi-même » L.296 à 299 : « je pense que c'est les 3 grands trucs quoi ,c'est réfléchir soi-même à ce qu’on a fait voilà, c'est en parler à l’équipe, se faire aider s'il y a besoin puisqu’il y a des psys dans les services donc si il y a besoin faut le faire et puis les proches aussi. »
--	---

ENTRETIEN 2 : Roxanne	
Thème	
Présentation de mon interlocuteur Pouvez-vous vous présenter en tant qu'infirmière ? (prénom, âge, diplôme, service travailler, qualités , défauts) Quelle infirmière êtes-vous ?	Roxanne, ancienne infirmière à la retraite depuis 3 ans, j'ai commencé à l'âge de 17 ans ,j'ai fait une formation sans bac, j'ai passé le concours. Ma passion a toujours été d'être une infirmière voilà, c'est mon but depuis que je suis petite jusqu'à maintenant jusqu'à un moment où j'ai lâché tout parce que là vraiment j'ai lâché tout. J'ai commencé dans un hôpital, un l'hôpital rural , j'ai travaillé un an, je suis ensuite venu m'installer sur M*. J'ai travaillé 8 ans en clinique privée parce que la relation dans cette clinique-là était tout à fait familiale et j'attache une grande importance au social , à la relation avec le patient. J'ai eu mes enfants et puis j'ai arrêté encore sept ans et je, je suis partie dans le libéral jusqu'à ma retraite. Avant, j'ai travaillé essentiellement en chirurgie parce que je ne me sentais pas du tout, psychologiquement de travailler dans des centres de médecine où il y avait pas d'avenir , où, il y avait pas d'évolution possible pour le patient mais voilà ,je ,j'ai toujours mis un holà ,au niveau de ma, ma personnalité sur les chimio , parce que je savais que je m'engagerais beaucoup trop , les chimiothérapies, les gens qui avaient des cancers vraiment en terminaux ,je savais que je m'engage trop donc après c'était néfaste pour moi.

Avez-vous au contraire une expérience de soins qui n'était pas satisfaisante pour vous ? Et pourquoi ?	L.76 : « non je pense, que j'ai, j'ai souvent donné » L.76 à 77 : « j'ai souvent donné tout ce que je pouvais donner et j'ai pas de souvenir de... » L.78 : « j'ai pas de souvenir de quelque chose de négatif » L.78 à 80 : « hormis ,certaines relations familiales lorsqu'il y avait un entourage un petit peu compliqué et ça ça existait beaucoup mais je ne me mets pas au milieu donc j'avais appris à me protéger aussi d'une certaine façon » L.80 à 81 : « je n'étais pas protégé contre les cancers les problèmes de ce style » L.81 à 83 : « c'est quelque chose qui pour moi évolué vers quelque chose de négatif puisque on va parler mort et vie donc ça m'intéresser moins » L.83 à 85 : « ce qui m'intéressait c'était les gens qui ,qui avaient des actions dans le système de soins que je pouvais amener ou que je pouvais aider notamment des maladies du Parkinson, des Alzheimer » L.85 à 86 : « ça c'est des gens qui me passionnait et qui demandent aussi beaucoup d'énergie bien sûr »
--	---

	L.89 à 92 : « il faut savoir rentrer dans leur système de vie, faut connaître un peu leur vie auparavant et je pense qu'ils apportent beaucoup aussi, je parle surtout de personne atteintes de maladie d'Alzheimer, les personnes atteintes de maladie de parkinson sont des gens qui ont beaucoup de caractère, et c'est quelque chose qui me plaisait ça. »
Qu'est-ce que vous avez pensé de ma situation d'appel ?	L.118 : « il y a plein de sujets qui peuvent affecter de cette façon-là ». L.118 à 119 : « je pense que le problème dans, dans notre profession, c'est le temps » L.120 à 121 : « j'avais quand même du temps en ,en clinique, pour discuter avec des patients notamment des patients ORL, avec des trachéotomie et etc... ça me rappelle tout ça ». L.122 à 123 : « ça me rappelle tout ça, mais j'avais le temps c'est ça le la différence » L.123 à 126 : « actuellement je trouve, que les jeunes qui sont entrés ,puisque j'ai quand même quelques expériences de jeunes, une nièce qui infirmière actuellement etc..., donc j'ai une progression dans la profession qui est suivie et je me dis mais quel est, quel va être leur désir ,qu'elle va être leur récompense entre guillemets parce que bon » L.126 à 128 : « on ne fait pas ça pour des récompenses bien sûr, mais s'il y a que du négatif dans le travail, on a plutôt envie de fuir que de rester »

	L.128 à 129 : « c'est la question que je me pose moi actuellement avec le manque de temps qu'ils ont » L.129 à 130 : « j'ai eu beaucoup de discussions aussi avec des auxiliaires de vie, euh, avec des aides-soignantes en formation ou pas, qui me disaient après le COVID » L.131 à 133 : « j'ai arrêté de faire ma formation parce qu'il n'y avait plus, j'avais l'impression de harceler le monde, c'est à dire j'avais l'impression que je passais de passer d'un patient à l'autre sans avoir 30 secondes à leur accorder » L.133 à 135 : « c'est moi qui vais poser la question ,quel est le changement qu'on pourrait accorder pour que les infirmiers/ infirmières et toutes les professions de santé puisse avoir quand même un certain plaisir » L.135 à 136 : « parce que c'est quelque chose, une profession qui est difficile qu'est-ce qu'on pourrait faire » L.137 à 138 : « mais gros problème c'est l'embauche , l'embauche du personnel etc... et une considération meilleure » L.144 à 146 : « moi personnellement je n'aurais pas pu exercer dans, avec un travail, dans ce système-là, je serai partie, un système de travail ou on travaille à la va vite ça me correspond pas et je n'aurais pas pu tenir 30 ans presque » L.158 : « C'est de pire en pire » L.158 : « parce que tout le monde est dégoûté » L.158 à 159 : « le personnel a été malheureusement radié à cause de la non-acceptation de la vaccination, ça c'est encore sujet »
--	---

	L.160 à 161 : « franchement moi je suis écœurée, écœurée de voir qu’actuellement, il y a un manque de personnel intense » L.161 à 162 : « ma vie personnelle fait que je me suis aussi rendu compte de ça » L.162 à 164 : « dans l'actif par contre et en étant uniquement spectateur et je me dis ma cocotte maintenant il faut pas être malade, voilà il faut tenir le choc il faut se parer, euh, et, on doit pas être malade. »
Emotions et affects Pour vous qu’est-ce que représente les émotions dans la relation avec le patient ?	L.168 à 169: « c'est une image qui va ressembler à ce que j'ai vécu parce que j'ai mal supporté à ce que... ». L .169 à 170 : « ,il faut avoir fait aussi un travail sur soi-même personnellement » L.170 à 171 : « je vois pas un travail sur soi-même pour perdre du temps à faire des actes médicaux rapides » L.171 à 173 : « oui bien sûr qu'il y'a toujours l'affect qui ,qui contribue à ce que le soin devient quelque chose qu'on comprend mieux, qu'on ou, on aide mieux » L.173 à 174 : « la chose que je me dis aussi, je me le suis dit pendant mon travail et je me le dis encore, s’est-il ne faut pas rentrer dans le système du patient »

Avez-vous déjà rencontré dans le cadre de votre profession des émotions et vous est-il arrivé d'être affecté par un patient ?	L.174 à 176 : « il faut toujours garder une image où il y a quand même une barrière entre le patient et le soignant, pour se protéger attention » L.176 à 178 : « je pense que des ,des systèmes de soins ou de d'appui au niveau des infirmiers, élève infirmier etc., euh, au niveau psychologique pour se protéger de ça ,serait quelque chose de très important. »
Pouvez-vous me raconter une situation qui a engagé des émotions et de l'affect	L.180 : « oui , oui bien-sûr » L.184 : « Des affects, des affects, il y en a eu » L.184 à 197 : « c'est surtout un patient qui avec, j'avais eu, j'avais beaucoup parler, qui avait une femme atteinte d'une maladie psychiatrique et qui était aussi à la maison donc c'est des gens que j'ai côtoyé dans leur contexte qui était un contexte de de vie très aisée, on va dire et ce , ce petit monsieur là ,était ,ce grand monsieur puisqu'il était grand aussi , euh, est arrivé à son tour après le décès de sa femme, à être sur son lit complètement mourant etc., et je parlais en , je parlais en semaine de repos on va dire, et ma collègue m'appelle en cours de semaine et il me dit ,mais je comprends pas tu m'as dit qu'il en avait plus que pour quelques jours et il est toujours là, il attend quelque chose ,alors je lui dis bah écoute oula, ça, ça me pose souci parce que

Qu'est-ce que vous pensez de ces émotions que vous avez ressenties ? est-ce que pour vous cela est positif ou négatif et pourquoi ?	je voudrais pas qu'il m'attende tous pour mourir , parce qu'en fait j'avais eu plusieurs personnes qui étaient morts ,malheureusement dans ma semaine de boulot et donc elle ma collègue m'avait surnommé en riant ils t'attendent tous pour mourir, et j'ai dit écoute, c'est pas forcément un cadeau mais ça en est un quand même voilà donc effectivement ,ce petit papy m'avait attendu pour mourir parce que ,quand je suis revenu bah voilà , il est décédé, et je lui ai dit qu'il pouvait partir tranquille. » L.199 à 201 : « tout ça c'est quelque chose qui m'affecte parce que c'est, parce que voilà parce que je me dis les gens meurent quand ils veulent quand ils ont décidé et avec qui ils veulent » L. 203 : « : Ça me donne à réfléchir voilà » L.203 à 205 : « ça me donne réfléchir uniquement à ma vie éventuellement ma mort, donc non ça m'affecte pas ça me ça m'interpelle on va dire, c'est quelque chose de positif. » L.213 : « ça passe avec des patients ou sa passe pas, ou sa passe moins » L.214 à 216 : « quand ça passe beaucoup avec des patients, ça devient quelque chose de passionnant , d'intéressant, quand ça passe pas du tout ben, ben on part parce que, on ne peut pas plaire à tout le monde non plus et puis quand ça passe moyen, ben , on essaye de s'arranger »
--	---

En tant que soignant, pensez-vous qu'il faut exprimer ses émotions et ses affects ou bien les taire et pourquoi ?	je n'avais ,je ne parlais jamais de travail ,nous sortions beaucoup donc mais nous sortions jamais dans un contexte de travail, c'était en fait ,c'était mon évasion » L.258 à 259 : « je pense que c'était aussi mon autoprotection » L.259 à 260 : « à l'époque il n'y avait pas de soutien ,il y avait pas de formation sur les gestions de stress etc. » L.261 à 262 : « ça c'est des choses que j'aurais bien fait ,si j'avais eu le temps de, d'avoir une formation, c'était l'hypnose, gestion de stress etc., » L.262 à 264 : « je pense que j'aurais pu apporter aussi beaucoup de chose ailleurs ,avec d'autres personnes, je sais pas mais bon ,j'aurais pu, mais aucuns regrets. » L.289 à 291 : « par contre les formations ne devraient pas être payantes, c'est quelque chose qui me qui, m' horrifient et gestion du stress c'est quand même quelque chose qui regarde aussi le soignant » L.292 à 294 : « c'est quand même des possibilités à donner à l' infirmier, non pas en lui rajoutant une année de formation ,parce que tout le monde n'apprécie pas forcément ce genre de formation mais c'est quelque chose qui devrait être gratuit pour moi. » L.297 : « Il est bon de les exprimer des fois, parce que ,finalement le patient est tout voué à vous » L.298 : « pourquoi pas établir aussi un échange en disant votre situation me touche »
--	---

	L.298 à 299 : « pour moi, c'est, c'est quelque chose qui est spontané » L.299 à 300 : « c'est pas quelque chose qui me dérangerait d'entendre » L.300 : « c'est pas pour ça que j'en profiterai perso » L.300 à 302 : « je pense que c'est important de savoir ,le patient a besoin de savoir aussi à quel moment ,il devient on va pas dire ridicule » L.302 à 303 : « c'est une discussion » L.303 à 304 : « c'est une pris en charge où l'autre en face, arrive à dire aussi, qu'il est aussi dans une situation difficile et délicate » L.304 à 305 : « je pense que c'est mieux que de taire , de cacher parce que de toute façon ça se voit donc pour moi perso je préfère l'exprimer. »
--	--

ENTRETIEN 3 : Noémie	
Thème	
Présentation de mon interlocuteur Pouvez-vous vous présenter en tant qu’infirmière ? (prénom, âge, diplôme, service travailler, qualités , défauts)	L.7 à 12 : « moi c'est Noémie, du coup je suis infirmière depuis juillet 2020 donc ça fera bientôt 2 ans, j'ai commencé à exercer dans un EHPAD ,pendant 9 mois, après je suis allé dans le service de SSR et EVC , donc les EVC, c’est des états végétatif chroniques, des personnes qui sont comme le nom l’indique, dans un état végétatif donc dans lequel la communication est très restreinte et donc je suis retourné un petit peu en ehpad et là en ce moment je suis dans mon service de médecine post urgence dans un hôpital à R**.
Quelle infirmière êtes-vous ?	L.15 à 21 : « C’est difficile de se juger, je pense que j'ai beaucoup évolué déjà, entre le moment où je devenue infirmière et le au moment où , et à l'heure actuelle j’ai beaucoup travailler ma patience, parce que c’est vrai les gens sont pas toujours faciles dans la ,dans le soin, donc t’ apprends à être , à être patiente, à travailler sur toi , je penses être une infirmière plutôt détendu au niveau du travail, dans la relation , être proche de mes patients , après je suis loin d’être la meilleure infirmière je suis pas très technicienne, après je sais pas trop, c’est difficile de se décrire soi en tant que soignant ».

Avez-vous au contraire une expérience de soins qui n'était pas satisfaisante pour vous ? Et pourquoi ?	certaine satisfaction de, ouais , de les faire, de les faire beau » L.45 à 47 : « d' essayer de faire au maximum pour rendre un petit peu leur vie meilleure parce que finalement c'est des personnes qui n'ont plus vraiment de vie » L.51 : « quand on a des patients en refus de soin » L.51 à 52 : « il y a le patient dément qui refuse les soins c'était, c'est une chose.» L.52 à 54 : « mais la personne totalement cortiquée si on peut dire, qui refuse un soin ou qui parfois est agressif, parce qu'elle n'est pas contente d'être là » L.54 à 56 : « des fois j'ai du mal à à rester calme mais à lui dire écoutez-moi ce que je fais ,c'est pour votre bien enfin je je suis là pour vous aider donc des fois je pense que dans mes paroles ou dans mes gestes je peux paraître plus sèche » L.56 à 58 : « donc je suis pas satisfaite du travail que je fais parce que du coup sa te met en échec le fait d'être contrarié quand la personne elle te dit faut faire comme si comme ça alors que toi tu sais ce que c'est ton métier » L.59 à 60 : « une fois ,une prise de sang un patient m'a dit faut me piquer ici, moi je sentais pas la veine et j'ai voulu piquer à coté, en fait il m'a tellement mis la pression ,j'ai raté alors quand la veine » L.61 : « ça arrive très souvent d'avoir des expériences de soins frustrantes »
--	---

	L.62 à 63 : « notamment quand la personne n'est pas coopérante , c'est surtout quand la relation avec le patient n'est pas bonne c'est là où le soin on va être au moins, si on peut dire. »
Qu'est-ce que vous avez pensé de ma situation d'appel ?	L.96 : « oui, plusieurs fois » L.96 à 97 : « l'affect pour moi ,je pense oui, impact forcément dans le soin » L.97 : « on reste quand même des êtres humains, donc on a des sentiments c'est normal » L.97 à 99 : « même si il faut essayer de donner le meilleur de soin possible à tout le monde, après dans ce genre de situation ,je sais que j'aurais pas forcément su quoi dire à la personne » L.99 à 102 : « dans ces moments-là l'important ,je pense c'est d'être présent pour la personne en question sans forcément parler mais s'asseoir un instant avec elle, l'écouter ,si elle pleure, voir si elle a besoin d'un contact humain, se rapprocher » L.102 à 103 : « qu'on prenne la main, d'un petit geste, on est obligé je pense de toujours trouver une réponse ,de mettre des mots sur les maux justement » L.104 à 105 : « j'ai souvent été confronté, justement au, à l'affect, enfin, à ce que ressentent les gens et à du coup ça impacte forcément sur ton soin » L.105 à 107 : « tu vas pas réagir de la même façon avec une personne qui ,qui te montre qu'elle est triste, qui est apeurer, qui avec une personne qui a entre guillemet rien à faire du soin »

	L.108 à 109 : « je pense que tu es plus attentionné envers une personne qui montre qu'elle est dans un mal-être , que d'autres personnes. »
Emotions et affects Pour vous qu'est-ce que représente les émotions dans la relation avec le patient ? Avez-vous déjà rencontré dans le cadre de votre profession des émotions et vous est-il arrivé d'être affecté par un patient ? Pouvez-vous me raconter une situation qui a engagé des émotions et de l'affect	L.118 : « Je pense que c'est lié bah, à l'empathie » L.118 : « ça permet d'avoir plus d'empathie » L.119 : « d'être plus doux dans ses soins, de beaucoup plus expliqué pour rassurer la personne » L.120 à 121 : « je pense que le principal sentiment au cours du soin, ouais c'est vraiment l'empathie, je vois pas, je sais pas trop. » L.125 à 126 : « on en vit plein mais on en vit tellement que justement que, faut que je trie » L.127 à 150 : « pendant, la période où j'étais en EHPAD, du coup, le fait que les visites sont restreintes, voir interdites, euh, la personne en fin de vie, même si il s'agit d'une personne âgée, qui du coup la suite normale on va dire de la vie, c'est la mort, euh, le fait de voir une personne, mourir, qui est contaminé par le COVID, pour lequel la famille, elle ne peut pas venir parce que ,ben les visites sont interdites ,je pense que je me suis

	beaucoup plus investi dans certaines ,dans certains soins, qui, et inconsciemment j'ai laissé, délaissé d'autres patients, pour m'occuper beaucoup plus d'un monsieur, dans ce cas-là, qui était en fin de vie, avec qui j'étais régulièrement contact, avec qui j'avais pas forcément un super contact avant ce moment-là ,c'était un patient gentil mais on passer pas énormément de moments, j'allais pas m'asseoir dans sa chambre pour discuter, sauf quand faite, le jour où il a attrapé le COVID , s'il s'est vite dégradez tout ça et en fait bah le fait de voir souffrir, de voir pas bien, de savoir que , qu'il pouvait même pas va avoir sa fille auprès de lui, finalement je pense que je me suis beaucoup investi pour qu'il y ait une présence, qui ressente qu'il est pas seul, euh, je l'ai ressenti aussi chez mes collègues aides-soignantes, qui se sont vraiment bien investis , on est allés très régulièrement de sa chambre, on lui a pris la main, on lui a dit qu'ont été là pour lui, on a tout fait pour qu'il souffre pas quoi, donc oui c'est, c'est, où on se rend compte que l'affect, rentre en jeu ,c'est que on est dans l'empathie et ben le pauvre monsieur il est sur la fin de sa vie, il a plus personne ,il a ,sa seule famille à cet instant là c'est le personnel soignant donc forcément ben quitte a donné plus de sentiments et à quelquefois enfreindre certaines distances, qu'on pourrait, qu'on doit normalement, instauré entre le patient et soignant, ben dans ces moments-là , on fait un peu, on fait un petit peu, on passe un petit peu au-dessus de ça pour , pour permettre au patient de pouvoir partir dans de meilleur condition. Donc
--	--

Différence entre émotion et affect	ce genre de situation pendant le COVID ça été assez fréquent et surtout face à la mort, je trouve que, que je suis plus proche des gens et investi quand la personne est sur la fin de la fin de sa vie . L.153 à 160 : « alors l'émotion je dirais c'est, c'est vraiment plus, la joie ,la tristesse ,l'affect pour moi ça se fait plus, ce qu'on ressent pour une personne dans le sens où moi j'ai des résidents, avec lequel j'ai travaillé presque un an finalement, avec qui ,j'ai eu de très bons contacts ,avec qui on a parlé de tout et n'importe quoi , il m'ont parler de leur famille ,moi de la mienne, pour certains avec qui je suis encore en contact , euh, donc là je dirais, que j'ai plus de l'affect pour eux parce que on a une relation qui, pour le coup, a peut-être, dépasser la relation soignant soigné, que l'émotion c'est vraiment sur le coup, c'est vraiment à l'instant t pendant le soin, que l'affect je pense c'est plutôt une relation sur le long terme, on affectionne quelqu'un ou pas. »
Qu'est-ce que vous pensez de ces émotions que vous avez ressenties ? est-ce que pour vous cela est positif ou négatif et pourquoi ?	L.164 : « je pense que pour le patient ça a été positif » L.164 à 166 : « de sentir que l'équipe soignante, pas seulement moi, parce que j'étais pas seule, était investie ,était présent pour lui, qu'on a fait un maximum de choses »

Est- ce que le fait d’avoir été affecté par ce patient, vous a amener à faire davantage de choses pour lui ? ou est-ce que vous auriez voulu faire autrement ?	L.166 à 171 : « je pense que par contre de l'autre côté, pour l'équipe soignante, pour certaines personnes ça peut être positif et pour d'autres négatif, parce que là le monsieur il va partir donc ,donc lui il va partir dans un monde on va dire meilleur pour lui, mais nous on est encore là, on va le voir partir, on va assister à ça donc et donc ça reste quand même ,ça nous affectent forcément ,justement ,parce que ça déclenche chez nous une certaine émotion parce que c'est quelque chose de triste » L.171 à 175 : « moi je sais que j'ai appris les premières fois, oui c'est difficile à vivre, je dis pas des fois, j'avais jamais les larmes aux yeux et malheureusement après ,ben on s’est fait presque , on apprend à travailler avec et donc pour le patient ça été positif, pour moi, les premières fois, c’est quelque chose de négatif, enfin, qui n'est pas forcément très positif pour le soignant. » L.184 à 187 : « Non au contraire, là, je pense que dans cette situation là ,ça m'a, j'ai été pleinement investi ,j'ai été beaucoup en relation avec sa fille par moyen interposée parce qu'elle avait pas le droit aux visites donc je pense que on a été plutôt bon sur la prise en charge et que même la famille en a été satisfait, sur cette prise en charge là »
---	---

En tant que soignant, pensez-vous qu'il faut exprimer ses émotions et ses affects ou bien les taire et pourquoi ?	de la musique à fond pour essayer de penser à autre chose et pour pas justement être impacté ta vie personnelle de tout ce que tu as pu voir au travail » L.209 à 211 : « quand on des moments difficiles , on a quand même une équipe autour de nous, il faut vraiment pas hésiter à en parler pendant le temps de travail à l'instant où ça s'est passé, sans forcément dire qu'on le vit mal, mais discuter » L.212 à 213 : « il existe des psychologues il y a tout un tas de personnel qui peut nous aider justement à faire face aux situations qui pourrait nous perturber » L.213 à 214 : « il faut vraiment pas rester avec quelque chose qui vous tracasse parce que sinon on ça pourrit la vie » L.214 à 217 : « ça peut ça ,peut aussi entraîner une mauvaise prise en soin de d'autres personnes parce qu'on reste avec un mauvais souvenir de d'une certaine chose, ou quelque chose sur le le cœur , qui n'est pas bon quoi » L.220 : « je pense qu'on ne peut pas cacher ses émotions et ses affects » L.220 à 223 : « il faut trouver si ça, la bonne place entre le patient et le soignant, pour justement permettre, pas être pas, pas montrer au patient qu'on proche de lui pour éviter justement qu'il y être trop une intrusion dans , dans sa vie finalement »
--	---

	L.223 à 230 : « après on peut créer vraiment trop de liens et ce qui peut entraîner , comment dire, si on a une relation trop proche avec un patient le jour où on lui part pour quel qu'on que raison, il rentre chez lui ou décède, après nous on va en payer les pots cassés puisque c'est nous qui sommes là , donc, je pense qu'il faut laisser parler un minimum de ses émotions , si on a besoin de pleurer ben il faut faire, peut-être il pas forcément devant le patient mais il faut pas se retenir de montrer ces émotions non plus parce qu'on reste des êtres humains et au contraire je pense que les patients voir aussi que nous on ressent sa leur, ça les aide, qu'on est pas des robots quoi ».
--	---

ENTRETIEN 4 : Alix	
Thème	
Présentation de mon interlocuteur Pouvez-vous vous présenter en tant qu'infirmière ? (prénom, âge, diplôme, service travailler, qualités , défauts)	L.10 à 11 : « je suis Alix, je suis infirmière en cardiologie depuis juillet 2021 et mon premier poste a été en cardiologie »
Stages durant la formation d'infirmière	L.13 à 14 : « Alors j'ai fait un peu de tout. J'ai fait de la psychiatrie. J'ai fait deux stages en cardiologie, j'ai fait un stage en pneumologie, et un en une maison de retraite et deux en libéral. »
Quelle infirmière êtes-vous ?	L.17 à 20 : « comme je suis jeune diplômée ben du coup, ben, j'essaye de prendre confiance en moi déjà. Parce que déjà la confiance, il faut l'acquérir au fil du temps, je pense que je suis , euh, je suis patiente , euh, je suis assez à l'écoute. J'essaye d'expliquer au maximum mes soins. » L.23 à 25 : « Pour moi, je suis une infirmière qui est présente, qui est à l' écoute, qui essaye de faire au maximum pour les patients se sentent le mieux possible. Et j'essaye de trouver des solutions pour qu'ils soient le mieux possible et les rassurer »

Soin Est-ce que vous pouvez me dire ce que pour vous représente un bon soin ?	L.28 à 29 : « C'est un soin ,qui, qui est dans les règles, les règles des bonnes pratiques et des règles aussi, dans l'éthique aussi, l'éthique du bon soin, des bonnes valeurs. » L.31 à 32 : « Et être aussi à l'écoute du patient et , cette, essayer de faire en sorte que le patient soit le mieux possible avec le soin. »
Avez-vous une expérience de soin qui vous a pleinement satisfait ? Et pourquoi cela vous a-t-il satisfait ?	L.34 à 39 : «Ben Il n'y a pas longtemps, c'était une patiente qui habitait un peu loin. Elle avait des plaies au niveau de ses jambes, et du coup, quand j'ai ouvert les pansements, du coup, c'était le pansement, la plaie n'était plus adaptée au protocole, du coup, j'ai fait en sorte de voir, avec un angiologue, un autre médecin du service pour qu'elle vienne le voir, qu'elle refasse les pansements et qu'elle refasse un diagnostic, et du coup, enfaite, la patiente, elle était tellement contente et j'étais contente de ce soin. »
Avez-vous au contraire une expérience de soins qui n'était pas satisfaisante pour vous ? Et pourquoi ?	L.43 à 49 : « Ben c'est une patiente par exemple. Ça m'est arrivé il n'y a pas longtemps, une patiente, je devais lui faire une transfusion, et le problème c'est que je n'avais pas groupage, les RAI , et du coup j'ai appelé plusieurs fois le labo pour qu'il me donne les groupages et RAI, et du coup, ben, ça a pris du temps, ça a pris du temps. C'est plutôt pas

	mal pour l'organisation. Et du coup, cette patiente, à la fin de ma journée, je n'ai pas pu la transfuser, donc en fait, elle est venue pour rien, elle a attendu dans le couloir. Du coup, c'est ça qui m'a , je me suis dit que ce n'était pas vraiment un bon soin par rapport à l'organisation. »
Qu'est-ce que vous avez pensé de ma situation d'appel ?	L.83 à 84 : « moi ça me fait penser à une..., bon déjà comme situation, c'est vrai que des fois, ben t'a pas forcément les mots. » L.84 à 88 : « des fois c'est plus, ça va être plus au niveau médical et ça va être plus au niveau du médecin d'affirmer et de donner les mots, vraiment les symptômes qu'est-ce que ça va, le devenir, parce que le devenir en tant qu'infirmière, euh, c'est quand même une grosse responsabilité, C'est une grosse responsabilité, c'est dur enfaite d'annoncer à une personne que peut être, elle ne pourra plus jamais avaler correctement et ne plus déglutir » L.89 à 90 : « je trouve que c'est plus d'ordre médical et elle ,je pense qu'à ce moment-là, elle en fait , elle a besoin que d'un mot médical » L.90 à 98 : « ça m'est arrivé avec une dame qui avait 90 ans, elle, elle a fait un AVC et du coup, elle ne pouvait plus déglutir aussi. Ça s'était quand j'étais en stage en maison de..., Maison de retraite c'était en maison de retraite et elle n'arriver plus à déglutir, elle pouvait plus se lever, paralysée du bras. Et en fait elle avait envie de manger du saucisson, elle ne pouvait pas manger le saucisson, elle ne pouvait pas manger le mixé, du coup, ça a été une prise en charge qui a été très compliquée et malheureusement, on essaye de trouver des

	solutions , mais on peut, c'est vrai que c'est compliqué comme situation, des fois, on aimerait faire plus, tu vois là regarde, ça fait trois ans. Et cette situation tu vois elle me revient à l'esprit. » L.106 : « ça nous arrive un peut tous les jours » L.106 à 114 : « par rapport au patient, enfin, par rapport tous, par rapport à la prise en charge, par rapport à leur repas, par rapport à leur médicaments, et que des fois, c'est pas forcément prescrit, ben toi tu vas aller ailleurs, tu vas essayer de trouver une solution, tu vas regarder sur internet, tu vas voir les médecins, tu vas voir, tu vas essayer de chercher d'autres spécialistes dans la clinique ou le secteur où tu es et c'est vrai que oui, ça nous arrive souvent , moi ça m'est souvent arrivé des moments où j'aurais voulu faire plus mais du coup on a pas les moyens, pas les moyens pour, c'est , sa ce fait par manque de matériels, le manque de personnels, le manque de professionnels de santé et c'est vrai que des fois la prise en charge des patients est, est frustrante. »
Emotions et affects Pour vous qu'est-ce que représente les émotions dans la relation avec le patient ?	L.118 à 120 : « les émotions c'est un peu ce qui te représente en tant que soignant et en tant que personne en fait, parce que tu es soignant mais tu es avant tout aussi un être humain et que tu as des émotions et que des fois, ben t'as des émotions qui se submergent » L.120 à 121 : « tu peux avoir aussi tout ce qui est transfert aussi t'a le transfert d'émotions »

Avez-vous déjà rencontré dans le cadre de votre profession des émotions et vous est-il arrivé d'être affecté par un patient ?	L.122 à 125 : « il y a 2-3 jours j'ai eu un décès, le patient, il allait partir ,je le savais, j'étais en soins intensifs mais en fait je, les émotions ,je me suis mise à pleurer, alors les médecins m'ont rassuré mais non Alix, on a fait tout en sorte pour le patient, il était prévenu, la famille était prévenue, lui il voulait mais c'est vrai que ce trop plein d'émotions fait que Ben c'est c'est beaucoup »
Différence entre émotion et affect	L.128 à 129 : « je dirais que les émotions ,c'est ce qu'on ressent, non pas vraiment ,ouais c'est vrai que ça se ressemble mais il y a une petite différence mais non je ne la connais pas la différence. »
Pouvez-vous me raconter une situation qui a engagé des émotions et de l'affect	L.137 à 144 : « je vais te reparler de cette patiente qui a été transfusé elle devait être transfusé elle a pas été transfusé le jour même donc elle était transfusée le lendemain le lendemain elle était transfusée tout allait bien elle devait partir et là la patiente voulait ramasser un mouchoir par terre elle est tombée elle s'est cassé le col du fémur ouais elle s'est cassé le le col du fémur du coup le l'hospitalisation bah du coup nous comme on est pas assez voilà je pense que il nous a on a manqué du moyen on a peut-être pas été assez réactif et cette patiente elle est décédée 5 jours après alors qu'elle aurait dû rentrer chez elle. »

Qu'est-ce que vous pensez de ces émotions que vous avez ressenties ? est-ce que pour vous cela est positif ou négatif et pourquoi ?	L.146 à 153 : « des fois j'y repense pourtant il y a 2 semaines , 3 semaines et je me dis que si je l'avais transfusé et bah peut être qu'elle sera rentrée le lendemain chez elle et qu'elle serait pas tomber et tu vois ça tu te dis que des fois bah avec le, c'est toujours en fait ,ça revient au manque de, au manque de personnel, au manque des fois d'implication, le temps aussi il nous manque du temps et que des fois ben on pourrait prendre mieux en charge et du coup Ben ça donne une envie enfin une sentiment un peu de culpabilité de dire que on aurait pu faire plus on aurait pu faire mieux et c'est vrai que on garde on garde peut être ses émotions on y pense on y pense toujours en fait c'est au coin de notre tête mais on y pense. » L.158 : « les émotions aussi qui peut être positive » L.158 à 161 : « ces émotions positives c'est des patients qui bah du coup ,moi je suis en intervention, en cardiologie interventionnelle ,des patients Ben qui viennent pour pour un infarctus qui viennent en urgence ,ils se font déboucher au niveau des artères coronaires et que là après, ben il rentre chez eux . » L.162 à 164 : « la satisfaction aussi de dire bah voilà on a été là ,on a été présent et et on, les patients ils sont rentrés chez eux ils vont pouvoir reprendre leur activité c'est beaucoup aussi de satisfaction »
--	---

Est- ce que le fait d’avoir été affecté par ce patient, vous a amener à faire davantage de choses pour lui ? ou est-ce que vous auriez voulu faire autrement ?	L.164 à 165 : « on fait quand même de l'éducation thérapeutique, on, on les rassure , on les guide » L.165 à 168 : « il y a beaucoup d'émotions il y a du négatif, qui ressort parce qu'on parle d'émotions, de situation, on pense souvent du négatif et quand on pense au positif il y en a aussi hein parce qu'on on est là on est présent on apporte du sourire de la joie de la bonne humeur . » L.178 à 179 : « on est un peu plus présent, on dit ,on se on se dégage un petit peu plus de temps le verrai plus un peu comme ça. » L.184 : « C’est soi tu t'impliques un peu plus ou soit t'as tous les mécanismes de défense qui arrivent » L.185 à 186 : « t’a le mécanisme de fuite ,que tu ,tu te dis que t'aurais pu faire mieux et que en fait, t’est, ouais , tu culpabilise » L.186 à 189 : « je pense qu'il y a les 2, je pense que soit tu t'implique plus tu prends ,un peu plus de temps, un peu plus de temps à rassurer ou des fois Ben sans le vouloir si t'as le mécanisme défense ,t’essaie d'éviter la chambre t’essayes de moins aller dans la chambre. » L.194 à 195 : « c'est pour ça qu'il y a l'équipe quand ça ne va pas, on en parle , on essaye d'en parler on se dit ouais bah là cette situation ,elle m'a ,elle m'a perturbé et on donne les éléments » L.196 à 197 : « on dit bah est ce que ça ne te dérange pas plutôt d'aller dans la chambre, euh de
---	---

Dans votre vie de tous les jours, comment arriver vous à gérer ses émotions/ affects et comment faite-vous pour ne pas être trop impacter ?	faire les soins, on essaye de, ben , voilà, de, on se protégé enfaite, on se protège » L.201 à 202 : « je me dis voilà, je suis infirmière, je mets ma blouse, je suis infirmière je suis plus vraiment Alix, je suis Alix infirmière » L.203 à 205 : « j'essaye de, d'être neutre en fait, des fois voilà j'essaie d'être des fois un peu neutres, des fois je mets un peu de distance quand je vois que je suis un peu trop proche ou que ça me touche un petit peu trop bah du coup hop je mets un peu de distance » L.206 à 208 : « il y en a qui , euh, comment dire ils abusent un petit peu, ils sont un peu trop dans, dans beaucoup dans la demande ils le savent hein ils savent y jouer donc du coup hop je mets un petit peu de distance et puis voilà, je le fais selon le ressenti enfaite, c'est surtout au ressenti »
En tant que soignant, pensez-vous qu'il faut exprimer ses émotions et ses affects ou bien les taire et pourquoi ?	L.210 à 211 : « Je pense qu'il faut les exprimer, il faut les exprimer parce que, c'est important, sinon on les garde au fond de nous » L.211 à 212 : « moi je sais que si je n'en parle pas après je cogite et du coup j'y repense et sa reste en boucle » L.212 à 214 : « je préfère en parler, je dis qu'une situation, j'en parle avec mes collègues, j'en parle aussi à ma famille »

	L.217 : « enfaite c’est beaucoup aussi de remise en question » L.221 à 224 : « il y avait des psychologues qui faisaient des réunions , dans mon service non mais peut-être que sa serait, sa serait bien qu’il y en est et sinon si on a vraiment une situation qui nous, qui nous tourmente et ben on peut en parler à la cadre, on en parle à un collègue, à notre équipe. »
--	---

ENTRETIEN 5 : Carole	
Thème	
Présentation de mon interlocuteur Pouvez-vous vous présenter en tant qu'infirmière ? (prénom, âge, diplôme, service travailler, qualités , défauts) Quelle infirmière êtes-vous ?	L.9 à 15 : « je m'appelle Carole, j'ai 65 ans ,je suis infirmière depuis 1977 et libéral depuis ,ça fait 15 ans, j'ai fait beaucoup de centres hospitaliers, j'ai travaillé en réanimation néonatale, en chirurgie thoracique, en pneumo , en soins de suite et de rééducation et en maison de retraite médicalisée et puis je trouvais que c'était très bien de, de compléter ma vie professionnelle sur du libéral qui permet de faire maintenant un tas de choses en fait on fait quasiment tout ce qu'on peut trouver en service hospitalier sauf bien sûr les grandes urgences la réanimation »
Soin Est-ce que vous pouvez me dire ce que pour vous représente un bon soin ? Avez-vous une expérience de soin qui vous a pleinement satisfait ? Et pourquoi cela vous a-t-il satisfait ?	L.18 : « c'est déjà l'approche du patient, c'est déjà de le mettre en confiance » L.18 à 20: « lui expliquer déjà au départ , avant de faire le soin de lui expliquer et se présenter et puis au fur et à mesure pendant soin de lui expliquer un petit peu ce qu'on fait » L.20 à 22 : « la compétence de, du soignant et puis le fait que ça aboutisse à quelque chose de positif mais avant tout c'est la discussion et c'est la mise en confiance de la personne » L.25 : « oui il y en a plusieurs »

Avez-vous au contraire une expérience de soins qui n'était pas satisfaisante pour vous ? Et pourquoi ?	L.25 à 32 : « par exemple, quelqu'un qui est très qui est très très anxieux par rapport à à un soin ne serait-ce qu'on va dire ,par exemple, une prise de sang ,c'est tout bête et il y a des gens qui sont très très paniqués, donc, bah il suffit de prendre son temps de s'installer de discuter et puis de bah d'essayer de parler d'autre chose et puis au fur et à mesure le, la confiance se fait et puis là bah, on peut faire le soin et on se rend compte que ben la personne n'a pas, enfin, c'est même pas nous ,c'est la personne qui vous dit, ah ben, je pensais pas que ça allait se passer aussi bien donc je pense que c'est au départ, le, la mise en confiance qui est hyper importante. » L.35 à 42 : « Ben ça peut être la même chose là où la personne ben ne réussit pas à maîtriser ses émotions ,sa peur et puis bah en l'occurrence si je peux vous donner un exemple, je devais faire une prise de sang à un petit garçon que je connaissais bien ,je connaissais les parents ,je le voyais tous les jours parce que on allait chez la grand-mère et puis la maman comme le les rapports étaient très très sympas, m'a demandé, j'y suis allé en fait, j'ai pas pensé que ce serait trop trop difficile et l'enfant, il y avait 3 ans ,s'est mis à pleurer, à hurler, puis j'ai dit non ,je peux pas faire le soin c'est trop dur parce qu'en fait moi le rapport va être d'abord fossé quand il va me revoir après bah donc j'ai préféré lui proposer d'aller au laboratoire. »
--	--

Qu'est-ce que vous avez pensé de ma situation d'appel ?	L.68: « je pense que tout le monde s'est confronté » L.69 : « y a des moments, on sait pas trop comment réagir » L.70 à 82 : « je pense, que quand ça se passe comme ça ,c'est parce qu'on a trop d'empathie ,on est trop près des gens et là, ben on peut pas se détacher de la personne ,parce qu'en fait l'idéal si on veut que le soin soit, soit fait parfaitement c'est d'être, bah on est dans l'affect, dans la ,dans l'émotion mais il faut pas être trop près parce que bah l'émotion comme vous disiez, elle va passer au-dessus, au-dessus du soin et c'est vrai que ça peut impacter dans ces cas-là parfois quand ça se passe comme ça, ben auprès de, où ça se passait comme ça par exemple à l'hôpital quand on était trop près d'un patient ,on est, on sentait trop malheureux et bien on délégué je pense que dans ces cas-là, il faut quand on a la possibilité bien sûr ,par exemple à l'hôpital on délègue parce que on sait que le, l'émotion va être trop forte et on sera pas capable de faire le soin au top de ce qui doit être fait quoi et je pense que c'est bien sûr que ça ça, ça joue et puis bah bien sûr que les émotions sont différentes en fonction des patients bah, comme quelqu'un ,qu'on, qu'on ,qu'on connaît, qu'on apprécie ,on va pas avoir les mêmes rapports là ,ça c'est c'est vrai que c'est très parfois c'est très compliqué »
Emotions et affects Avez-vous déjà rencontré dans le cadre de votre profession des émotions et vous est-il arriver d'être affecté par un patient ?	L.85 à 86 : « je pourrais pas vous dire comme ça précisément, parce qu'il y en a eu plusieurs » L.86 à 92 : « quand ,je sentais que l'émotion était au-dessus, ben, je faisais appel à une collègue en

Pouvez-vous me raconter une situation qui a engagé des émotions et de l'affect ?	disant là ça va pas, mon soin ne va être parfait, parce que, enfin parfait ,pas forcément parfait, mais ne va pas être au top de ce que je voudrais parce que, ben au risque même de pleurer ,parce que bien sûr que ça nous arrive de pleurer même si en fait ce sont des patients qu'on connaît pas forcément bien ,mais il y a cette, ce sentiment qui fait que bah ,parfois on est trop près des gens et il faut savoir se, se détacher ,c'est ce qui est le ,le plus dur dans le, dans le rapport avec le, entre soignants les soignés »
Comment arriver vous à avoir ce détachement ?	L.94 à 99 : « on en parle beaucoup entre nous quand parfois on a des émotions qui sont trop fortes, moi on parle beaucoup chez moi et justement l'aide des gens parce que ,les gens ont forcément des explications différentes ou vont nous donner d'autres explications et le fait de partager toutes ces toutes ces explications, toutes ces émotions vont faire que bah on va peut-être trouver quelque chose de, d'intéressant qui va faire que notre soin la fois prochaine sera différente. »
Est- ce que le fait d'avoir été affecté par ce patient, vous a amener à faire davantage de choses pour lui ? ou est-ce que vous auriez voulu faire autrement ?	L.103 : « parfois oui et c'est peut-être pas forcément bien, ça je m'en rends compte » L.104 à 105 : « faut pas forcément trop dépasser la limite ,parce que, après il peut y avoir aussi une demande importante du patient »

	L.105 à 109 : « je crois qu'il faut rester vraiment dans son soin avec bien sûr une émotion parfois proche, plus proche pour certains que d'autres mais il faut savoir se détacher et ça c'est pas facile, c'est pas facile parce qu'il y a des gens avec qui on, ça passe tellement bien que ben on va même aller trop loin dans la proximité dans ,c'est là où c'est dur et c'est là où il faut prendre un peu de recul. »
Comment vous pensez que du coup on peut arriver à prendre ce recul ?	L.112 : « Il faut avoir en tête, en tête qu'on est soignants et qui a le soigné » L.113 à 117 : « il faut pouvoir se détacher de tout ça mais j'avoue que moi ,c'est parfois, c'est difficile c'est pour ça que justement quand on a des périodes de repos, enfin ,moi quand j'ai des périodes de repos bah ,je me remets un petit peu en question et je me dis bon ça c'est ,j'ai fait ça, mais bon la prochaine fois, il faudra essayer de d'être différente parce que bah les patients s'attachent à ça et... »
Vous qui avez fait du coup donc avant de l'hôpital c'est ça et maintenant du libéral est ce que vous pensez que la relation avec le soigné est différente, entre l'hôpital et le libéral ?	L.120 à 128 : « Ah oui, complètement, en fait moi j'ai ,j'ai quitté l'hôpital parce que bah ça devenait, tout ce qui était administratif me prenez la tête ,tout ce qui était protocole à mettre en place et donc c'était du temps qu'on avait plus pour être au près du patient et dans le libéral ce qui est bien, c'est que bah, on peut avoir beaucoup de travail et ben on fera peut-être pas forcément 8h00 ,on va peut-être

Dans votre vie de tous les jours, comment arriver vous à gérer ses émotions/ affects et comment faite-vous pour ne pas être trop impacter ?	faire 10h mais justement il y a du temps qu'on pourra passer en plus avec les ,avec les patients et ça je trouve que dans dans le libéral, on a le côté humain, qui est enfin plus présent, on a plus le temps, enfin plus le temps, on se donne plus le temps et je pense que c'est très, très important et puis ce qui est important aussi c'est que les gens sont chez eux et donc ça ,c'est ça, ça n'a pas de prix. » L.130 à 138 : « vous faites quasiment partie de, enfin, nous c'est rural donc, c'est encore différent de la ville parce que nous ,on, on a les soins techniques mais aussi on accepte aussi ,on fait du nursing aussi et vraiment on est dans leur, dans leur intimité, et on fait vraiment partie de leur vie franchement, c'est vous, avez un bonheur à faire, à faire ça, même si parfois on a des journées qui sont très, très lourdes mais c'est du ,c'est du bonheur, parce que ils vous le rendent tellement bien, ils savent même pas quoi faire pour vous, alors qu' l'hôpital bah, vous n'avez même pas le temps de, de tout faire, puis en plus après, il y a toute enfin, toute l'informatique et tout ça donc, on a aussi nous en libéral mais et non non le fait d'être en libéral, on est vraiment enfin, moi je ressens, je me ressens plus proche ,le plus proche du patient. » L141 à 144 : « Parfois c'est difficile ,quand on a des patients qui ont des pathologies lourdes, décèdent, on en parle, on en parle entre nous et ça nous permet de supporter puis après de bin c'est tout
--	--

En tant que soignant, pensez-vous qu'il faut exprimer ses émotions et ses affects ou bien les taire et pourquoi ?	après ,on, on continue mais surtout en parler ,en parler, en parler et puis parfois on continue à voir les familles donc ça nous aide aussi. » L.147 à 155 : « Ah non, faut les exprimer, les taire, c'est trop dur ,à un moment donné vous allez craquer ,surtout si vous gardez des émotions pendant des années, c'est ,c'est, c'est pas possible ,c'est non ,on a besoin de les exprimer alors avec des collègues, avec des d'autres professionnels de santé , avec la pharmacienne avec le médecin parce qu'on de super rapport entre nous et il faut, il faut vraiment parler ,parce que à un moment donné bah, ça peut ,ça peut plus durer, justement comme je disais tout à l'heure, le fait d'en parler c'est, c'est ,de pouvoir partager et puis c'est se comprendre et puis comprendre un petit, peut- être qu'il y a ces émotions un peu trop fortes parce que on a peut-être pas été comme il fallait , il y a peut-être des choses qu'il aurait fallu modifier donc c'est très très important , non, il faut en parler. »
--	---

Annexe VIII : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

Je soussignée (Prénom, NOM) : Serre Lisa

Promotion : 2019-2022

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

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

(Titre du TFE)

..... Les émotions et l'affect, un enjeu dans le soin

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

oui ☒

non ☐

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

oui ☒

non ☐

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

Avignon, le 22 mai 2022 Signature :

Les émotions et l'affect, un enjeu dans le soin

En tant qu'infirmière, nous sommes en permanence confronté à des situations qui peuvent nous toucher.

Lors d'un stage durant ma deuxième année d'étude, j'ai été confronté à une situation de soin qui a engendré de fortes émotions et de l'affect.

Cette situation m'a permis d'être un point de départ pour mon travail de recherche avec une question de départ : En quoi les émotions et les affects impactent-ils le soin ?

Suite à cette question, j'ai donc mené des recherches sur le soin, la relation soignant-soigné, les émotions et l'affect afin de comprendre l'impact des émotions et des affects dans notre profession d'infirmière.

Ensuite, j'ai effectué cinq entretiens semi-directifs avec des infirmières travaillant dans différents secteurs et ayant des expériences différentes.

Elles ont pu partager leur expérience sur le soin et leurs représentations des émotions et de l'affect.

Si je devais continuer à poursuivre mon travail de recherche, je pourrais donc me demander comment les émotions dans la relation de soin peuvent-elles nous amener à réfléchir notre pratique ?

Nombre de mots : 178

Mots clés : Soins, émotions, affect, relation soignant-soigné, réflexion

Emotions and affect, a game changer in care

As a nurse, we are permanently confronted with situations which can affect us personally.

When I was in my second year of nursing studies, during work placement, I was confronted with a care situation which affected me very deeply.

This situation has been the starting point of my research with an initial question: How do emotions and affects impact care ?

Once this question was formulated, I researched the different protocols of care, the relationship between the carer and the patient, the various emotions and affects and their impact on our nursing profession.

Then, I directed five semi-structured interviews. I chose five nurses, each working in different services and having different experiences.

These were have able to share their experience on care and their depictions of emotions and affect

If I were to continue my research, I could ask myself, how can emotions in the caregiving relationship lead us to reflect on our practice ?

Number of words: 163

Keywords: care, Emotion, affect, relationship between the carer and the patient, reflection